

ESRA USTA

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2012

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN FAZLA KİLOLU/OBEZ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİ VE
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

ESRA USTA

**DANIŞMAN
PROF.DR.NERİMAN AKYOLCU**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM
DALI/CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2012

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Esra Usta tarafından hazırlanan Cerrahi Hemşirelerinin Fazla Kilolu / Obez Hasta Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

20 / 06 / 2012

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1. Prof. Dr. Nevin Kanan İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

2. Prof. Dr. Neriman Akyolcu (Danışman) İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

3. Doç. Dr. Deniz Öztekin İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

4. Doç. Dr. M. Nihal Esin İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

5. Yard. Doç. Dr. Hatice Kaya İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Esra Usta

İTHAF

Tezimi yazdığım dönemde kaybettiğim, her zaman sevgisini ve özlemini içimde hissedeceğim canım BABAM'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimi ile bana yol gösteren, ilgi ve desteğini esirgemeyen danışmanım, hocam Prof.Dr.Neriman AKYOLCU'ya,

Mesleki gelişimime katkılarından dolayı, öğrencisi olmakla her zaman gurur duyduğum Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli hocalarıma,

Araştırma verilerimin analizi ve değerlendirilmesine yardımcı olan Düzce Üniversitesi'nde görevli Prof.Dr.Handan ANKARALI ve Araş. Gör. Özge YILMAZ'a,

Tez projemi oluşturma aşamasında önerilerde bulunup, pozitif yaklaşımıyla motivasyonumu arttıran Yard.Doç.Dr.Ayla KEÇECİ'ye

Araştırmaya gönüllü olarak katılan Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama hastanesinde çalışan hemşire arkadaşlarıma,

Yaşamımın her döneminde sevgi ve ilgisiyle yanımda olan, çok sevdiğim aileme,

Her konuda beni destekleyen ve bana güç veren eşime, teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obezitenin Tanımı, Sınıflandırılması ve Ölçümü	4
2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi	6
2.3. Obezitenin Etiyolojisi	9
2.3.1. Hipotalamik Faktörler	11
2.3.2. Endokrin Faktörler	12
2.3.3. Genetik Faktörler	12
2.3.4. Davranışsal Faktörler	13
2.3.4.1. Aşırı Yemek Yeme ve Kötü Beslenme	13
2.3.4.2. Sigara Bırakma.....	13
2.3.4.3. Alkol Tüketimi	14
2.3.4.4. Fiziksel Aktivite Azlığı	14
2.3.5. Çevresel Faktörler	14
2.3.6. Psikolojik Faktörler.....	15
2.3.7. İlaçlar	16
2.4. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları	16
2.5. Cerrahi Girişim Sonrası Obezitenin Neden Olduğu Komplikasyonlar.....	20
2.6. Obezitenin Kontrolü ve Tedavisi	20
2.7. Cerrahi Girişim Deneyimleyecek Fazla Kilolu/Obez Hastalarda Hemşirelik Bakımı.....	24
2.7.1. Hasta/Çalışan Güvenliği ve Özel Araç-Gereç Kullanımı	25

2.7.2. Kardiyovasküler Sisteme Yönelik Uygulamalar.....	26
2.7.3. Solunum Sistemine Yönelik Uygulamalar.....	28
2.7.4. Cilt ve Yara Bakımı	30
2.7.5. İlaç Uygulamaları.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Tipi.....	34
3.2. Araştırmanın Yeri, Özellikleri ve Süresi	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.4. Veri Toplama Aracı	35
3.5. Verilerin Toplanması	37
3.6. Verilerin Analizi	37
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	40
4.2. Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımı İçin Özel Araç-Gereç Bulunma Durumuna/Kullanımına İlişkin Bulgular	43
4.3. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarına İlişkin Bulgular	44
4.4. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Fazla Kilolu/Obez Hastaya Bakım Vermede İstekli Olma Durumlarına İlişkin Bulgular	55
5. TARTIŞMA	59
5.1. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	60
5.2. Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımı İçin Özel Araç-Gereç Bulunma Durumuna/Kullanımına İlişkin Bulguların Tartışılması	62
5.3. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	62
5.4. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Fazla Kilolu/Obez Hastaya Bakım Vermede İstekli Olma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	65
5.5. Sonuç ve Öneriler	69
KAYNAKLAR	73
FORMLAR	85
ETİK KURUL KARARI	90

KURUM İZNİ.....	91
ÖZGEÇMİŞ	92

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Yetişkinlerde fazla kiloluğun BKİ'ne göre sınıflandırılması.....	5
Tablo 2-2: Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları	19
Tablo 3-1: Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarından fazla kilolu/obez hastalara özel bakım girişimlerinden beklenen doğru yanıtlar	36
Tablo 4-1: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=100)	40
Tablo 4-2: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerinin dağılımı (N=100).....	41
Tablo 4-3: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının ayda ortalama fazla kilolu/obez hasta ile karşılaşma sıklığı (N=100)	41
Tablo 4-4: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının çalıştıkları servis ile ayda ortalama fazla kilolu/obez hasta ile karşılaşma sıklığı (N=100).....	42
Tablo 4-5: Fazla kilolu/obez hasta bakımında gerekli özel araç-gerecin bulunma durumu (N=100).....	43
Tablo 4-6: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/ obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarına ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı (N=100)	45
Tablo 4-7: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (N=100)	47
Tablo 4-7: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (devam) (N=100).....	48
Tablo 4-7: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (devam) (N=100).....	49
Tablo 4-8: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının mezun oldukları bölüme göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (N=100)	51
Tablo 4-8: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının mezun oldukları bölüme göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (devam)(N=100)	52
Tablo 4-8: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının mezun oldukları bölüme göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (devam)(N=100)	53
Tablo 4-9: Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu(N=100).....	55

Tablo 4-10: Fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede isteksiz olma nedenleri (N=52)	55
Tablo 4-11: Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre bakım vermede istekli olma durumları (N=100)	56
Tablo 4-12: Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine göre bakım vermede istekli olma durumları (N=100)	57
Tablo 4-13: Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu ile ayda ortalama fazla kilolu/obez hastayla karşılaşma sıklığı ve özel araç-gereç bulunma durumunun karşılaştırılması (N=100).....	57
Tablo 4-14: Fazla kilolu/obez hasta bakıma engel olabilecek etmenlerin dağılımı (N=100).....	58

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

BKİ: Beden Kitle İndeksi (Body Mass Index-BMI)

BPAP: Bi-Level Positive Airway Pressure (Değişken Hava Yolu Basıncı)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi)

CPAP: Continious Positive Airway Pressure (Sürekli Hava Yolu Basıncı)

DM: Diabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)

KBB: Kulak-Burun-Boğaz

MONICA: Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases (Kardiyovasküler Hastalık Eğilim ve Belirleyicilerin Çok Uluslu İzlenmesi)

NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey (Ulusal Sağlık ve Beslenme Kontrol Çalışması)

TEKHARF: Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

TKD: Türk Kardiyoloji Derneği

TOAD: Türkiye Obezite Araştırma Derneği

TOHTA: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması

TURDEP: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi

SBKK: Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım

ÖZET

Usta, E. (2012). Cerrahi hemşirelerinin fazla kilolu/obez hasta bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma; cerrahi girişim deneyimleyen fazla kilolu ve obez hastalara bakım veren hemşirelerin bilgi, uygulamaları ve bakım vermede istekli olma durumlarını değerlendirmek ve ileriye dönük alınacak önlemlere ve benzer çalışmalara kaynak oluşturmak amacıyla gerçekleştirildi. Araştırma, Nisan 2011 tarihinde bir araştırma ve uygulama hastanesinde cerrahi kliniklerde çalışan 100 hemşire ile yapıldı. İlgili literatür doğrultusunda geliştirilen veri toplama formu ile elde edilen veriler, yüzdeleme, frekans, ki-kare ve Fisher ki-kare testleri ile analiz edildi. Hemşirelerin %63'ü bulundukları serviste 1-5 yıldır çalıştığını, %42'si ayda ortalama 15'den az, fazla kilolu/obez hastaya bakım verdiğini, %69'u çalıştıkları servislerde, fazla kilolu/obez hasta bakımı için gerekli özel araç-gerecin bulunmadığını belirtti. Hemşirelerin %52'si, fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede isteksiz olduğu; erkeklerin (%76,5), kadınlara (%47,0), fazla kilolu/obez hemşirelerin (%73,1), zayıf hemşirelere (%23,5) göre, Acil Tıp Teknisyenliği (ATT) bölüm mezunlarının (%81,8), hemşirelik, ebellek ve diğer bölüm mezunlarına göre, fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede daha fazla oranda isteksiz olduğu saptandı. Hemşirelerin, fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede isteksizlik nedenlerini; çalışan sayısının yetersizliğine (%46,1), özel araç-gereç eksikliğine (%38,5), bakım vermenin güç yorucu ve zaman alıcı (%34,6) olmasına bağladıkları belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda; evrensel bir sorun olan ve ülkemizde insidansı giderek artan obezite ile ilgili özellikle yataklı tedavi hizmeti veren sağlık kurumlarında, fiziksel yapı/donanım, araç-gereç ve sağlık çalışanı açısından, nitel ve nicel artışı sağlayacak politikaların belirlenmesi ve yaşama geçirilmesi, fazla kilolu/obez hasta bakımına ilişkin hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik, kuramsal ve uygulamaya ilişkin gelişmelerin izlenmesi ya da bilgilerinin güncellenmesi amacıyla etkin hizmet içi eğitim programlarının oluşturulması ve hemşirelik eğitiminde, hemşirelik felsefesi, mesleki, bireysel ve sosyal değerlerin öneminin vurgulanması ve kavratılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler : Obezite, Hasta, Cerrahi, Hemşirelik, Bakım

ABSTRACT

Usta, E. (2012). The Evaluation of Surgical Nurses' Knowledge and Applications on the Care of Overweight/Obese People. İstanbul University, Institute of Health Sciences, Department of Surgical Nursing, Master Thesis, İstanbul.

The present study was conducted in order to evaluate the knowledge, application and the degree of willingness of nurses to care for overweight and obese people who experience surgical intervention, and in order to form a basis for the future precautions and similar studies. The study was carried out with the participation of 100 nurses serving in a research and application hospital in April 2011. The data gathered through data collection form developed in accordance with relevant literature were analyzed with percentage, frequency, chi square, Fisher chi square tests. %63 of nurses declared that they have been serving in the department between 1-5 years. %42 of nurses indicated that they are serving less than 15 overweight and obese people. %69 of them stated there isn't enough equipment for the care of overweight and obese people in their department. %52 of nurses are reluctant to care for overweight and obese people; It is found out that men (%76,5) are more reluctant than women (%47,0), overweight nurses (%73,1) are more reluctant than slim ones (%23,5), the graduates of emergency medical services (%81,8) are more reluctant than graduates of nursing, tocology and other departments to care for overweight and obese people. It is also found out that the reasons of the nurses' reluctance to care for overweight and obese people are; the inadequate number of employees (%46,1), the inadequacy of special equipment (%38,5), the hard, tiresome and time-consuming nature of caring (%34,6). In line with these results it can be recommended that policies that will increase physical construction/equipment, instruments and medical employees must be developed and implemented in medical institutions serving especially for obesity, which is a international problem and whose incidence is increasing in Turkey, in-service training opportunities must be provided for nurses and other medical employees to help them monitor the theoretical and practical developments or update their knowledge about the care of overweight and obese people, and philosophy of nursing, and the importance of occupational, individual and social values must be emphasized and acquired in nursing education.

Key Words: Obesity, Patient, Surgical, Nursing, Caring

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite (şışmanlık), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-World Health Organization WHO) tarafından “vücut yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde aşırı ya da anormal birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Vücut yağ oranının, erkeklerde %25, kadınlarda %35’den fazla olması durumunda obeziteden söz edilmektedir (WHO 2000; Özarmağan ve Bozbora 2002).

Obezite, günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde epidemik boyutlara ulaşmış bir sağlık sorunudur. Tüm dünyada fazla kiloluğun ve obezitenin prevelansı giderek artmaktadır. DSÖ 2008 verilerine göre dünyada 1,5 milyar yetişkin fazla kilolu ve bunların içinde yaklaşık 500 milyon bireyin obez olduğu, 2015 yılında bu rakamın, 700 milyon obez ve 2,3 milyar fazla kilolu bireye ulaşılacağı tahmin edilmektedir (Çakır 2008). Türkiye’de obezite prevelansı, 1997-1998 yılları arasında yapılan “Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP)” çalışmasında, 20 yaş üzeri kadınlarda %29,9, erkeklerde %12,9 olarak belirlenmiş; Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) tarafından, 2000-2005 yılları arasında altı ilde (İstanbul, Konya, Denizli, Gaziantep, Kastamonu ve Kırklareli) 20 yaş üstü ‘Türkiye Obezite Profili’ araştırmasında ise toplumun %29,5’inin obez olduğu; fazla kilolu kişilerle bu oranın %69,1’e yükseldiği saptanmıştır (Bağrıaçık 2009; Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009).

Vücutta her organı etkileyen obezite; hipertansiyon, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, derin ven trombozu, obstrüktif uyku apnesi, obezite hipoventilasyon sendromu, tip 2 diabetes mellitus (DM), safra kesesi hastalıkları, gastroözofajiyal reflü, dejeneratif eklem hastalıkları, üriner inkontinans, çeşitli kanser tipleri (kolon, meme, endometriyum, over, prostat), depresyon vb. hastalıkların görülme riskini arttırmaktadır. Büyük bir çoğunluğu kronik olan obezite ile ilgili bu hastalıklar, bireylerin fonksiyonel durumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Pi-Sunyer 1993; WHO 2000; Owens 2003; Camden 2006; Grindel ve Grindel 2006; Chikunguwo ve ark. 2009).

Cerrahi girişim deneyimleyecek obez hastalarda var olan kronik durumları nedeniyle, ağırlıklı olarak kardiyovasküler ve solunum sistemi komplikasyonları görülme riski ile cerrahi girişimden kaynaklanan yaşam kaybının, normal kilolulara

göre daha fazla olduğu belirtilmekte; ayrıca fazla yağ dokusu nedeniyle cerrahi alan enfeksiyonları, yara iyileşmesinde gecikme ve eviserasyon gibi sorunların yaşanma riskinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Obez hastaların, fazla yağ dokusu, hareket kısıtlılığı, aşırı terleme ve sıkça yaşanan inkontinans nedeniyle basınç ülserleri görülme açısından da risk grubunda olduğu bildirilmektedir (Green ve Gillett 1998; Garza 2004; Dunn 2005).

Obez hastalarla ilgili yapılan çalışmalarda, hemşirelik bakımında yaşanan fiziksel ve psikososyal sorunlar irdelenmiştir. Örneğin; Kanada'da Singh ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan, acil birimdeki araç-gereç ve fiziksel donanım ile ilgili hemşire ve hasta görüşlerinin incelendiği bir çalışmada, beden kitle indeksi (BKİ-Body mass index BMI) ve bel çevresi ölçüsü arttıkça, araç-gerecin yetersiz kaldığı sonucuna varılmıştır. Culbertson ve Smolen (1999)'nin, hemşirelerin obez hastalara karşı tutumlarını değerlendiren çalışmasında, hemşirelerin obez hastaya bakım vermeyi yorucu ve rahatsızlık verici buldukları, ayrıca seçim haklarının olması durumunda obez hastaların bakımını tercih etmeyecekleri belirlenmiş; Drake ve arkadaşları (2008) tarafından klinik, poliklinik ve halk sağlığı hemşireleri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada ise, hemşirelerin %48'inin obez hastaya bakım vermekten memnun olmadıkları bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan literatür taramasında, Türkiye'de obez hastalarda hemşirelik bakımını irdeleyen çalışmaya rastlanamamıştır.

Fonksiyonel durumları çoğunlukla yetersiz olan obez bireylerde bu durum, cerrahi girişim nedeniyle daha da artmakta ve sonuçta hasta daha bağımlı hale gelmektedir. Ayrıca, cerrahi girişim sonrası komplikasyon görülme riskinin yüksek oluşu nedeniyle hemşirelerin, obez hastaya yaklaşımı ve bakımı önem kazanmaktadır. Obez hastanın hastaneye ilk kabulünden başlayarak, taburcu oluncaya kadar devam eden süreçte hemşire, hasta ile önyargısız, güvenli bir iletişim ve tutum içinde olmalıdır (Vacek 2007). Obez hastalarda ameliyat sonrası kardiyovasküler ve solunum sistemine yönelik olası komplikasyonlar nedeniyle hastanın dikkatli izlemi ve bakımı önemlidir. Hastaya uygun pozisyon verilmesi, ilaç uygulamalarında obeziteye bağlı olası riskler yönünden dikkatli olunması, ağrı kontrolü sağlanarak derin solunum ve öksürme egzersizlerinin yaptırılması, komplikasyonların önlenmesinde öncelikli hemşirelik girişimleri arasında yer alır (Green ve Gillett 1998; Hahler 2002).

Literatür bilgileri, deneyimler ve ulaşılabilen kaynaklarda ülkemizde konu ile ilgili çalışmaların yapılmamış olmasının etkili olduğu bu araştırma, cerrahi girişim deneyimleyen fazla kilolu ve obez hastalara bakım veren hemşirelerin bilgi, uygulamalarını değerlendirmek ve ileriye dönük alınacak önlemlere ve benzer çalışmalara kaynak oluşturmak amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı, Sınıflandırılması ve Ölçümü

Obezite alınan kalori miktarının, harcanan kalori miktarından fazla olması sonucu, sağlığı bozacak şekilde vücutta anormal ya da aşırı miktarda yağ oranının artması olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %12-18'sini, kadınlarda ise %20-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranın %22-25, kadınlarda ise %32-35'in üzerine çıkması durumunda obezite söz konusu olmakta, sadece vücut ağırlığının artışı, obezite ile aynı anlama gelmemektedir (Tüzün 1995; Özarmağan ve Bozbora 2002; Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009).

Obezite ortaya çıktığı yaşa göre; çocukluk yaşlarında başlayan ve yağ hücrelerinin sayıca çoğalması ile karakterize “hiperplazik tip”; erişkin yaşlarda başlayan yağ hücrelerinin sayıca çoğalmayıp hacimlerinin artması ile karakterize olan “hipertrofik tip” olarak sınıflandırılmaktadır (Tüzün 1995; Satman 1998; Peker ve ark. 2000).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, vücuttaki toplam yağ dokusunun miktarı kadar dağılımının da önemli olduğunu göstermiştir. Obezite yağ dokusunun dağılımına göre de android ve gynoid olmak üzere iki tipe ayrılır. Android (erkek tipi/elma tipi,santral obezite) obezitede yağ, vücutun üst bölümünde bel, üst karın ve göğüs bölgelerinde toplanmaktadır. Gynoid (kadın tipi/armut tipi) obezitede ise yağ, vücutun alt bölümünde kalça, uyluk ve bacaklarda toplanmaktadır (Tüzün 1995; Başkal 2002; Özarmağan ve Bozbora 2002).

Vücut yağ miktarını ve dağılımını değerlendirmek için kullanılan, uygulanabilirliği, maliyeti ve doğruluk dereceleri farklı, çeşitli yöntemler bulunmaktadır (Ersoy ve Çakır 2007). Kişinin obez olup olmadığına, yalnızca bakarak da karar verilebilir. Yani alışkın bir göz inspeksiyonla tanı koyabilir. Ancak tanının objektif ölçütlerle kanıtlanması gerekir (Tüzün 1995).

Obezitenin değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan yöntem vücut bileşimi hakkında bilgi veren antropo-plikometrik ölçümlerdir. Bu ölçümler arasında BKİ uzun zamandan beri standart bir ölçüm yöntemi olarak kullanılmaktadır. BKİ vücut

ağırlığının (kg) boyun (m) karesine bölünmesi ile bulunur ve sonuç kg/m^2 olarak ifade edilir (Özbey ve Orhan 2002; Bahçeci 2006). DSÖ aşırı kilo ve obezite için uluslararası sınırları aşağıdaki gibi belirlemiştir (Tablo 2-1).

Tablo 2-1: Yetişkinlerde fazla kiloluğun BKİ'ne göre sınıflandırılması

Sınıflama	BKİ (kg/m^2)
Zayıflık	$<18,50$
Normal aralık	18,5-24,99
Fazla kilolu	$\geq 25,00$
Pre-obez	25,00-29,99
Obez I.derece	30,00-34,99
Obez II.derece	35,00-39,99
Obez III.derece	$\geq 40,00$

Kaynak:WHO (2000).Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic. WHO Technical Report Series 894.

BKİ, dolaylı olarak vücut yağ miktarının genel bir göstergesi olup yağın dağılımı hakkında bilgi vermemektedir. Doğrudan yağ ölçümü içermediği için kas geliştiren sporcularda, ileri derecede yaşlılarda, konjestif kalp yetmezliği ya da böbrek yetmezliği gibi ödeme yol açan hastalıklarda, yanılgılara yol açabileceği için BKİ kullanılmamalıdır (Racette ve ark. 2003; Ersoy ve Çakır 2007; Arzouman ve ark. 2006).

Kullanılabilen bir diğer obezite ölçüm yöntemi deri kıvrım kalınlığıdır. Deri kıvrım kalınlığı ölçümleri, en sık triseps, subskapular, suprailiak ve abdominal bölgelerden yapılmaktadır. Ölçümü yapabilmek için özel pergeller kullanılır. Genelde triseps üzerindeki ölçüm, erişkin bir erkekte 23 mm'yi, erişkin bir kadında da 30 mm'yi aşıyorsa, subskapular ölçümde erişkin bir erkekte 22 mm'yi, erişkin bir kadında 27 mm'yi aşıyorsa obeziteden söz edilebilir (Çöl 1998; Özata 2002; Özbey ve Orhan 2002).

Deri kıvrım kalınlığı ölçüm yöntemi hızlı, ucuz ve kolay uygulanabilir bir yöntem olmasına rağmen ölçümü yapan kişiden kaynaklanan değişkenlikler, doku elastikiyet durumu, cins ve yaştan etkilenmesi, bu tekniğin doğruluğunu etkilemektedir (Özbey ve Orhan 2002).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, bel/kalça oranı (waist/hip circumference ratio-WHR) ile abdominal bölgede yağ toplanmasının hem erkek hem de kadınlarda obeziteden bağımsız bir faktör olarak dislipidemi, tip 2 DM, hipertansiyon ve ateroskleroz riskini arttıran bir faktör olduğu ileri sürülmüştür. Bu nedenlere bağlı riskin değerlendirilmesinde bel/kalça oranı önemlidir. Bel çevresinin kalça çevresine bölünmesiyle elde edilen değeri kadınlarda 0,85, erkeklerde ise 1 olarak kabul edilmektedir (Peker 2000; WHO 2000; Özarmağan ve Bozbora 2002).

Obezite ile mücadelenin yaygınlaştığı son yıllarda kolaylığı ve bel/kalça oranı ile olan yüksek korelasyonu nedeniyle bel çevresinin tek başına ölçülmesi ile risk belirlenmesi yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Tek başına bel çevresinin ölçümünün erkeklerde 94 cm, kadınlarda ise 80 cm ve üzerine olması hastalık riskinin artmasına neden olmaktadır (Başkal 2002; Bahçeci 2006; Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009).

Çocuklarda obeziteyi belirlemek için uluslararası düzeyde yapılan çalışma ile kabul edilen 2-18 yaş grubunda yaşa ve cinsiyete özel BKİ tablosu kullanılmaktadır. Çocuk ve adolesanlarda BKİ'nin 85.persentil eğrisinin üzerinde olması aşırı kilolu, 95.persentil üzerinde olması obez olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca çocukluk çağı obezitesinin belirlenmesinde, antropo-pikometrik ölçümlerden çevre ve cilt kıvrım kalınlığı ölçümleri de kullanılmaktadır. Ölçüm sonucu elde edilen değerler yaşa ve cinsiyete göre belirlenen referans değerler ile karşılaştırılmakta, 97.persentil üzeri şişmanlık olarak değerlendirilmektedir (Güler ve ark. 2009; Törüner 2009).

2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Dünyada hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde obezite her geçen gün artış göstermektedir. DSÖ 2008 yılı verilerine göre, dünyada yaklaşık 1,5 milyar yetişkin fazla kilolu ve bunların içinde 200 milyondan fazla erkek ile yaklaşık 300 milyon kadının obez olduğu tahmin edilmektedir. Aynı kaynakta obezitenin tüm dünyada endişe verici şekilde arttığı; 1995 yılında 200 milyon insan obez iken 2000 yılında bu sayının %50 artarak 300 milyona ulaştığı bildirilmiştir. Bununla birlikte gelişmiş ülkelerde 115 milyon insanın obezite ile ilişkili sağlık sorunları yaşadığı da açıklanmıştır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim:17.05.2011; <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/> Erişim: 17.05.2011).

DSÖ tarafından 1980 yılında başlatılan Afrika, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Güney-Doğu Asya, Doğu Akdeniz, Avrupa ve Batı Pasifik olmak üzere altı bölgede yürütülen ve 12 yıl süren “Kardiyovasküler Hastalık Eğilim ve Belirleyicilerin Çok Uluslu İzlenmesi (Multinational MONItoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases-MONICA)” çalışmasında obezite prevelansında 10 yılda %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir (Başkal 2002; Ersoy ve Çakır 2007; Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009).

Tüm dünyadaki prevelansı %8,2 olarak hesaplanan obezite, zayıflık prevelansından (BKİ<17 olanlar %5,8) daha yüksektir. Çin ve Japonya’da %5’den düşük olan prevelans Pasifik Adalarından Samoa’da %75’lere ulaşmaktadır. Avrupa’da son on yılda obezite prevelansında %10-40 oranında artış olduğu; buna göre Avrupa’da kadınların %22’sinin, erkeklerin %15’inin obez olduğu bildirilmiştir (Başkal 2002; Ersoy ve Çakır 2007).

Obezitenin en sık görüldüğü ABD’de “Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC)” tarafından yürütülen “Ulusal Sağlık ve Beslenme Kontrol Çalışması (National Health and Nutrition Examination Survey-NHANES)”, 1988-1994 yıllarında obezite prevelansının erkeklerde %20,2, kadınlarda %25,4 olduğu; 2007-2008 yıllarında ise erkeklerde %32,2, kadınlarda %35,5 olarak saptandığı açıklanmıştır. 1994 yılından itibaren bildirilen yıllık oranlar obezite prevelansının arttığını göstermekte ve 2025 yılında obezite prevelansının %50 olması beklenmektedir (CDC 2010).

Türkiye’de obezite prevelansı gelişmiş batılı ülkelere yakın değerlerdedir. Türkiye genelinde 1997-1998 yılları arasında 20 yaş ve üzeri 24.788 kişi üzerinde yapılan TURDEP çalışmasının sonuçları değerlendirildiğinde; kadınlarda %29,9, erkeklerde %12,9, toplamda ise %22,3 düzeylerinde obezite prevelansı saptanmıştır (Bahçeci 2006; Ersoy ve Çakır 2007; Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009).

Türkiye genelinde yapılan diğer bir çalışma “Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA)” çalışmasında, 20 yaş ve üzeri 23.888 kişi değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; kadınlarda obezite görülme oranı %35,4 olarak saptanmış ve erkeklere göre obezite riskinin 1,8 kat daha fazla olduğu, genel obezite insidansının

ise %25 olduğu belirlenmiştir (Bahçeci 2006; Ersoy ve Çakır 2007; Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009).

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından yapılan “Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)” araştırmasında, 1990 yılında oluşturulan bir kohort çalışması ile ülkemizdeki kalp hastalıkları prevalansı ve bunu etkileyen faktörler incelenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ülkemizdeki obezite prevalansı; 1990 yılında erkeklerde %12,5, kadınlarda %32 olarak bulunmuştur. TEK HARF çalışmasının 2001/2002 yılı takibi ile 12 yıl önceki tarama sonuçları karşılaştırıldığında, obez kişi sayısının yaklaşık %90 oranında arttığı belirlenmiştir. Türkiye’de halen 3,2 milyon erkek ve 5,5 milyon kadının obez olduğu tahmin edilmektedir (Onat ve Sansoy 2009).

TOAD’ın yaptığı araştırmada, toplumun %29,5’inin obez olduğu; fazla kilolu kişilerle bu oranın %69,1’e yükseldiği saptanmıştır. Çalışmaya katılan kişiler bel çevresi ölçülerine göre değerlendirildiğinde; kadınlarda bel çevresi ortalaması 79,8 cm, erkeklerde ise 98,5 cm olarak belirlenmiştir (Bağrıaçık ve ark 2009).

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2000-2002 yılları arasında yedi coğrafik bölgeden seçilen yedi ilde 14 sağlık ocağında yapılan “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım (SBKK)” çalışmasına göre, obezite sıklığı erkeklerde %21,2 iken; kadınlarda %41,5 olduğu; bölgelere göre Doğu Anadolu’da %17 ile en düşük, İç Anadolu’da ise %25 ile en yüksek olduğu saptanmıştır. BKİ değerinin 40-69 yaş arasında doğrusal olarak arttığı ve 70 yaşından sonra ise düştüğü saptanmıştır (Erel ve ark. 2004).

Çocuklarda da obezite prevalansı, yetişkinlerdeki gibi giderek artmaktadır. ABD’de 1970’den bu yana, 6-11 yaş arası obez çocukların oranı ikiye, 12-19 yaş arası obez çocukların oranı üçe katlanmıştır (Henry 2005). CDC tarafından çocuklarda ve adölesanlarda obezite prevalansının, NHANES’in çalışma sonuçlarında, 2007-2008 yıllarında, 2-19 yaş grubu çocuklar ile adölesanların %16,9’unun obez olduğu bildirilmiştir (Ogden ve Carroll 2010).

Türkiye’de çocuk ve adölesanlarda obezite sıklığını araştıran ulusal temelde yapılmış bir çalışma mevcut olmamakla birlikte, lokal ve bölgesel düzeyde yapılan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Kayseri’de 6-10 yaş grubunda 1032 ve 11-17 yaş

grubunda 2671 olmak üzere 6-17 yaş grubu 3703 çocukta yürütülen bir çalışmada çocukların %10,6'sını kilolu ve %1,6'sının obez olduğu belirtilmiştir (Krassas ve ark 2004). İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde 12-13 yaş grubu 1044 adolesan üzerinde yapılan bir çalışmada, çocukların %12'si zayıf, %12'si kilolu ve %2'si obez olarak saptanmıştır. Yine bu üç büyük ilde 12-13 yaş grubunda 1014 adolesanda yapılan bir başka çalışmada, toplam obezite prevalansı erkeklerde %15,1, kızlarda %13,3 olarak bulunmuştur (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009).

2.3. Obezitenin Etiyolojisi

Obezitenin nedeni giderek artan bilgilere rağmen henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Obezite, irade ve oto-kontrol eksikliğine bağlı basit bir problemden öte, iştah regülasyonu ve enerji metabolizmasını içine alan kompleks bir hastalık olarak belirtilmektedir. Karmaşık genetik yatkınlık zemininde, enerji dengesinin bozulmasını tetikleyen çeşitli çevresel faktörler yanında psikolojik, sosyo-kültürel ve davranışsal faktörler, hormonal ve metabolik bozukluklar, farmakolojik maddeler obezitenin oluşumunda rol almaktadır (WHO 2000; Racette ve ark 2003).

Obezite etiyojisinde etkili olan risk faktörleri;

Sosyo-demografik faktörler: Yaş, cinsiyet, ırk ve etnik köken obezite ile ilişkili faktörlerdir. İlerleyen yaşla birlikte kilo alımı artmakta ve kadınlarda gebelik, menapoz nedeniyle hormonal değişimlere bağlı olarak obezite, erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Obezite kısa ve orta boylularda, uzun boylulara göre daha sık görülmektedir. Irklar arasında obezite prevalansı toplumların gelişmişlik düzeyine, yemek yeme alışkanlıklara, iklim ve çevre koşullarına göre farklılık göstermektedir (Özarmağan ve Bozbora 2002; Özata 2002; Racette ve ark. 2003; Swinburn ve ark. 2004; Bahçeci 2006).

Sosyo-kültürel faktörler: Endüstrileşme ve şehirleşme, insanların yaşam tarzında obeziteye yatkınlık oluşturabilecek önemli değişimlere neden olmuştur. Gelişen teknoloji, aynı zamanda beslenme alışkanlıklarını da olumsuz yönde etkilemiştir. Bunlar arasında yiyecek maddelerinin bol ve kolay ulaşılabilir olması, fiziksel aktivitenin azalması başlıcalarıdır (Özarmağan ve Bozbora 2002; Özata 2002; Racette ve ark. 2003; Swinburn ve ark. 2004).

Obezite, endüstrileşmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere göre daha yaygın olmakla birlikte daha çok gelir seviyesi düşük kırsal yaşam süren (özellikle kadınlarda) kesimlerde görülür. Gelişmekte olan ülkelere ise orta ve yüksek gelir düzeyli kentsel yaşam süren kesimlerde (özellikle orta yaş kadınlarda) kötü beslenme alışkanlıkları nedeniyle daha sık görülür. Obezite gelişmiş ülkelere 50-60 yaşlarında, gelişmekte olan ülkelere 30-40 yaşları arasında daha sık görülür. Evlilik, askerlik, iş hayatında terfi gibi yaşamdaki önemli değişim dönemlerinde obezite oranında artış gözlemlendiği bildirilmiştir (Özarmağan ve Bozbora 2002; Özata 2002; Racette ve ark. 2003; Swinburn ve ark. 2004; Bahçeci 2006).

Biyolojik faktörler: Doğurganlığın önemli olduğu ve vücut ağırlığı artışının her bir doğum için ortalama 1 kg olduğu ileri sürülmüştür. Ayrıca emzirmenin, anne ve çocukta obezite oluşma riskini azalttığını kanıtlayan çalışmalar da bulunmaktadır (Özarmağan ve Bozbora 2002; Özata 2002; WHO 2003; Bahçeci 2006).

İnsan metabolizmasında enerji alımı ve harcamasını etkileyen çok sayıda mekanizma bulunmaktadır. Enerji alımı yalnızca besinlerle sağlanırken, enerji harcanması bazal metabolik olaylar, termojenik aktivite ve fiziksel aktivite ile sağlanır. Obezitenin ortaya çıkabilmesi için enerji alımının, enerji harcamasından fazla olması gerekmektedir (Kabalak 1995; Peker ve ark. 2000; Çorakçı 2002). Obeziteye yol açan etkenlerin bir kısmı doğuştan olup obeziteye bir yatkınlık oluştururken, bir kısmı sonradan eklenen faktörlerdir (WHO 2000).

Yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için gerekli besin öğelerinin yeterli ve dengeli alınması önceliklidir. Vücudun ihtiyaç duyduğu enerji üç ana besin kaynağı olan karbonhidrat, protein ve yağdan sağlanır. Proteinler, vücudun yapı taşı olarak tüm metabolik olaylara etki ederler ve vücut için gerekli enerjinin %15-20'sini karşılarlar. Karbonhidratlar, vücudun en çabuk enerji sağladığı besin grubudur ve alınan enerji vücudun tüm işlevlerinde kullanılır. Vücut için gerekli enerjinin %55-60'ı karbonhidratlardan karşılanır, fazlası alındığında yağ olarak depolanır. Yağlar ise vücut için gerekli enerjinin %25-30'unun karşılandığı, vücudun bazı işlevleri için gereken ama sıklıkla gereksinimden çok fazla alınan, yüksek kalorili ve zor sindirilip yakılabildiği için kolaylıkla depolanabilen besinlerdir (Bozbora 2002; Yücecan 2008).

Enerji harcanmasını sağlayan bazal metabolik olaylar, vücudun sürekli gerçekleştirdiği ancak dışarıdan görülemeyen aktivitelerdir ve günlük enerji tüketiminin

%70'inden sorumludur. Obezitenin metabolik nedenleri ile ilgili yapılan çalışmalarda tek başına düşük bazal enerji harcanmasının obeziteye neden olmadığı; aksine obezlerde bazal metabolizma hızının ideal vücut ağırlığındaki kişilerden daha fazla olduğu gösterilmiştir (Kabalak 1995; Peker ve ark. 2000; Bozbora 2002).

Termojenik aktivite, alınan besinlerin sindirimi sırasında oluşan ısı ve bunun için harcanan enerjidir. Günlük enerji tüketiminin %10'unu termojenik aktivite oluşturur ve biyokimyasal reaksiyonlar, sempatik sinir sistemi bu enerjinin harcanmasında etkilidir. Besinlerin termal etkisi, alınan gıdanın miktarına ve niteliğine göre farklılık gösterir. Küçük lokmalar ile miktar olarak az alınan gıdaların termik etkisi, büyük lokmalar ve fazla miktarda gıda alımına, katı gıdaların termik etkisi sıvı ve solid gıdalara, karbonhidrat içeren gıdaların ise yağ içeren gıdalara göre daha fazla termik etkiye neden olduğu bilinmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar; obezitenin, besinlerin termal etkisini artmış insülin direncine bağlı olarak azalttığını göstermektedir (Kabalak 1995; Peker ve ark. 2000; Bozbora 2002).

Enerji harcanmasının üçüncü bileşeni fiziksel aktivite sonucu iskelet kasının harcadığı enerjidir. Bu enerji, günlük total enerji tüketiminin %20'sini içermekte ve kişinin kilosuna, hareket hızına bağlı olarak harcanan enerji miktarı değişiklik göstermektedir (Kabalak 1995; Peker ve ark. 2000; Bozbora 2002).

Enerji alımının artması ve hareket azlığı, obezite gelişimini arttıran faktörlerdir. Ancak genetik eğilim ve çevresel faktörlerde obezite gelişiminde etkili olmaktadır. Kalıtımın %35, modifiye edici genlerin de %15 rol oynadığı düşünüldüğünde, geri kalan %50 olguda çevresel faktörlerin ve yaşam tarzının etkili olduğu söylenebilir (Özata 2002).

2.3.1. Hipotalamik Faktörler

Beyin, açlık ve tokluğun kontrolü, enerji harcanmasının düzenlenmesi ve enerji depolarını etkileyen hormonların sekresyonu ile enerji dengesini sağlamaktadır. Enerji metabolizmasının kontrolünde hipotalamus santral bölgedir. Vücut içinden ve dışından gelen uyarılar, hipotalamusta bütünleşerek enerji dengesi için anabolik ve katabolik aktiviteyi gerçekleştirecek uyarılar ortaya çıkarır. Beyin merkezine ulaşan uyarılar, öğünlerle ilgili olarak kısa süreli etkilere, enerji denge durumunu hipotalamusa bildiren,

adipoz dokudan sentez edilen leptin hormonunu sekresyonunu sağlayan uzun süreli etkilere neden olur (Çorakçı 2002; Ersoy ve Çakır 2007).

Hipotalamik şişmanlık, kafa içindeki bir patolojiye bağlı olarak gelişen genellikle ender görülen bir durumdur. Kafa içi basıncının artması, kafa travması, tümör ya da inflamasyon varlığı, posterior fossa'ya cerrahi girişim gibi nedenlere bağlı değişen endokrin ve hipotalamik fonksiyonlar sonucu üç yıl içinde şişmanlığa neden olabilmektedir. (Kabalak 1995; Satman 1998; Özarmağan ve Bozbora 2002; Altunkaynak ve Özbek 2006).

2.3.2. Endokrin Faktörler

Endokrin faktörler obezite etiyolojileri içinde en az rastlanılan nedenler olmakla birlikte altta yatan bozukluğun tedavisi obezitenin de düzelmesine yol açtığı için önlenabilir. Faktörler arasında yer alır. Endokrin faktörler arasında; Cushing sendromu, hiperinsülinizm, hipotroidizm, polikistik over sendromu, büyüme hormonu eksikliği sıralanabilir. Hipofizer ve sürrenal kaynaklı Cushing sendromu, yüz, sırt, karın, kalça ve göğüs bölgesinde yağ miktarının artması, ekstremitelerin incilmesi sonucunda santral obeziteye neden olur. Hiperinsülinizm durumunda, insülin yağ metabolizmasını etkilemekle birlikte, iştah artışına bağlı olarak obezite görülebilmektedir. Ayrıca insülin, seks hormonu bağlayıcı globulin sekresyonunu inhibe ederek serbest testosteronu arttırıp, overlerden androjen yapımını uyarmaktadır. Hipotroidizm; metabolik aktiviteyi yavaşlatarak kilo alımına neden olur, ancak obezite ileri düzeyde değildir, hasta normal kilosundan 5-10 kg kadar fazla kiloya ulaşır. Polikistik over hastalığı; oligomenore, tüylenme (hirsutizm) ve overlerde kistik dejenerasyon ile karakterize bir sendromdur ve hastaların %50'sinde obezite mevcuttur. Büyüme hormonu eksikliği sonucunda da yağ dokusu miktarı artarken, iskelet ve bağ dokusunda azalma görülür. (Tüzün 1995; Özarmağan ve Bozbora 2002; Ersoy ve Çakır 2007).

2.3.3. Genetik Faktörler

Son yapılan çalışmalarda genetik faktörlerin, obezitede önemli etkilere sahip olduğu ve beslenme derecesini çeşitli yollardan etkilediği gösterilmiştir. Bu yollar:

- Beslenme merkezinin, enerji deposunu düzenlemesindeki anormallikler,
- Bir rahatlama mekanizması olarak iştahı açan ya da kişiyi yemeye sevkeden anormal ve kalıtsal psikolojik faktörler,

- Karbonhidrat ve yağ depolanmasıyla ilgili genetik bozukluklar, olarak sıralanmıştır (Altunkaynak ve Özbek 2006)

Fizik aktivite ve beslenme, genetik yapının etkisi ile vücut ağırlığı ve kompozisyonunu şekillendirmektedir.

Obezitenin genetik yönü ile ilgili yapılan çalışmalarda, birçok genin obezite ile birlikte görüldüğü ve obezitenin poligenik olduğu, nadir olarak da tek gen mutasyonuna bağlı obezitenin olduğu belirtilmektedir. Leptin geni, leptin reseptör geni, insülin geni, melanokortin 4 reseptör geni, LDL reseptör geni, glukokortikoid reseptör geni obezite ile birlikteliği gösterilen genlerden bazılarıdır (Çorakçı 2002; Özata 2006; Ersoy ve Çakır 2007).

İkizler üzerinde yapılan çalışmalarda BKİ'nin genetik geçişle aktarılabilceği düşünülmektedir. Obez olma riskini konu alan birçok araştırmada, obez çocukların sıklıkla obez ebeveynlere sahip oldukları gösterilmektedir. Obez bir kişinin çocuklarının obez olma olasılığının, obez olmayan bir kişiye göre 2-3 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Altunkaynak ve Özbek 2006).

2.3.4. Davranışsal Faktörler

2.3.4.1. Aşırı Yemek Yeme ve Kötü Beslenme

Beslenme bilgisinde eksiklik, genetik ve psikolojik faktörler yeme davranışında bozukluklara neden olmaktadır. Obez bireylerin büyük bir bölümü neden ne olursa olsun fazla yemekte ya da kötü beslenmektedir. Obezite oluşumunda, diyetle lifli besin tüketiminin az olması, şeker ve yağ oranının yüksek olması, hazır gıda tüketiminin artması, öğün sayısının az olup besinlerin hızlı tüketilmesinin etkili olduğuna dikkat çekilmiştir. Aşırı ve dengesiz beslenmeye neden olan gece yeme sendromu, kafeteryada yeme/içme, sosyal yiyicilik, tıkanırcasına yeme, atıştırma gibi yeme davranış bozuklukları da obezitenin oluşumunda etkilidir (Durak ve ark. 2007; Orhan ve Özbey 2002; WHO 2003).

2.3.4.2. Sigara Bırakma

Çalışmaların çoğu erkek ve kadınlarda sigara bırakılması sonucu kilo artışının olduğunu desteklemektedir. Günde 15 ve fazlası sigara içen genç erişkinlerde sigarayı bıraktıktan sonra kilo alma (>13kg) riski yüksektir (WHO 2000).

2.3.4.3. Alkol Tüketimi

Alkol vucutta depolanmayıp, alınır alınmaz oksidasyona uğrayarak yüksek miktarda enerji sağlamaktadır. Alkol vucudun enerji ihtiyacı için kullanılırken, alkol ile birlikte alınan yiyecekler yağ olarak depolanmaktadır. Kesin kanıt olmamasına karşın aşırı alkol alımı ile kilo artışı arasında ilişki olabileceği ileri sürülmektedir (WHO 2000).

2.3.4.4. Fiziksel Aktivite Azlığı

Alınan enerjinin harcanması için gerekli olan fiziksel aktivitenin azalmasının obezite gelişiminde önemi büyüktür. Ağır işte çalışanlar arasında obez bireylere az rastlanmasına karşılık, oturarak iş yapan kişilerde obezitenin daha sık görülmesi, fiziksel hareketlerin enerji alımı ve vücut ağırlığı üzerindeki etkisini açıkça göstermektedir. Obez kişilerin fiziksel aktivitelerinin, zayıf kişilere göre çoğunlukla daha az olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Peker ve ark.2000; WHO 2000)

Fiziksel aktivite ile harcanan enerji miktarı, kişinin kilosuna, aktivite yoğunluğuna, sıklığına ve hızına göre değişim göstermektedir. Aerobik egzersizler enerji harcanmasını arttırarak, direnç egzersizleri kas kitlesini ve istirahat hali de metabolizma hızını arttırarak obeziteye engel olmaktadır (Bozbora 2002; Peker ve ark 2000; Tüzün 1995).

2.3.5. Çevresel Faktörler

Toplumlar modernleştikçe, yaşam tarzı, beslenme biçimi, fiziksel aktivite durumunda değişimler meydana gelmektedir. Değişen çevresel faktörler kişilerin yemek seçeneklerini ve yeme alışkanlıklarını etkilemektedir. Düşük yağ, yüksek posa ve kompleks karbonhidrat içeren tahıl, sebze-meyve, deniz ürünleri ile beslenme yerine yüksek yağlı, yüksek karbonhidratlı ve basit şekerler içeren hazır ve işlenmiş gıdalar, hayvansal ürünler, kırmızı et ve alkollü içkilere dönmektedir. Geleneksel gıda ile sağlanan aynı doyma hissini elde etmek için büyük miktarlarda hazır gıdaların alınması gerektiği ileri sürülmektedir. Paket yiyecekler, hızlı hazır besin (fast-food) restoranlar ve karbonhidratlı içeceklerle ulaşım, günümüzde daha kolay olmaktadır. Yemeklerin büyük bir kısmı ev dışında yenmekte, iş yaşamında ise aşırı kalori alımına yol açan yemekler ya da uzun süren kokteyller düzenlenmektedir. Ayrıca büyük gıda marketleri ve hızlı-hazır gıda endüstrisindeki güçlü pazarlama teknikleri, kişilerin agresif gıda

alışverişlerine ve tüketimlerine neden olabilmektedir (Çöl 1998; Durak ve ark. 2007; Orhan ve Özbey 2002).

Modernleşme, konut, işyeri ve eğlence amaçlı fiziksel aktiviteyi de azaltmaktadır. Bir çok elektrikli ev aletinin kullanımı, ev işlerindeki enerji tüketimini azaltmaktadır. Ağır fizik aktivite gerektiren işler yerine, masa başı işlerinin tercih edilmesi, işyeri içinde merdiven yerine asansör kullanımı, işyeri ya da okula ulaşımında motorlu araçların kullanımı daha az kalori harcanmasına neden olmaktadır. Dinlenme va eğlence amaçlı açık havada hareket gerektiren aktivitelerin yerini, uzun süreli televizyon, video, bilgisayar ve diğer masa başı görselleri ile vakit geçirmek almıştır (Orhan ve Özbey 2002).

Çocukluk çağı şişmanlığı ile televizyon ve video oyun kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, kilo ile video oyunları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Vandewater ve ark. 2004). Başka bir çalışmada, okul çağında ki çocukların üzerinde televizyon izlemenin, sebze ve meyve tüketimi üzerine olan etkileri incelenmiş ve televizyon izlerken çocukların daha az oranda sebze ve meyve yedikleri, yağ şeker ve tuz yönünden zengin yiyecekleri daha fazla tükettikleri belirlenmiştir (Boynton-Jarrett ve ark. 2003).

Çocuklarda ve adölesanlarda sedanter yaşam biçimine etki eden faktörler arasında; apartman yaşamı, güvenli olmayan komşu çevresi, aile ile birlikte geçirilen eğlence aktivitelerinin sürelerinin azalması, eğlence aktivitelerinin katılımına yönelik ailenin finansal kaynaklarının sınırlı olması ve fiziksel aktiviteye yönelik çevredeki olanakların sınırlılığı yer almaktadır (McWhorter ve ark. 2003).

2.3.6. Psikolojik Faktörler

Stres, anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar, yeme alışkanlıklarını değiştirmekte ve obeziteye neden olabilmektedir. Bunun tam tersi olarak obez kişilerde, obeziteden dolayı maruz kaldıkları ön yargılı, ayrımcı davranışlar sonucu psikiyatrik hastalıklar görülebilmektedir. Obezite ile birlikte majör depresyon, bipolar bozukluk ve panik bozukluk prevelansının arttığı; obezite sonucu disfori, anksiyete ve depresyon gibi psikopatolojik sorunların oluştuğunu ileri süren farklı görüşler de bulunmaktadır (Balcıoğlu ve Başer 2008).

2.3.7. İlaçlar

Bazı ilaçlar ve hormon preparatları kilo artışına neden olmaktadır. Bu ilaçlar içinde; antipsikotikler, antidepresanlar, antikonvülzanlar, antimigren ve antihistaminikler, antidiyabetikler, glukokortikoidler, beta-blokerler, seks hormon preparatları sayılabilir (WHO 2000; Ersoy ve Çakır 2007).

2.4. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Obezite yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyecek ve erken yaşta ölüm riskini arttıracak birçok sağlık sorununa neden olmaktadır. Kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, endokrin sistem, gastrointestinal sistem, deri, kas-iskelet sistemi yanında psikososyal durum değişik oranlarda bu hastalıklardan etkilenmektedir (Tablo 2-2) (WHO 2000; Grindel ve Grindel 2006; Chikunguwo ve ark. 2009).

Mortalite: Fazla kilolu olmak hayatta kalma süresini ciddi olarak etkilemektedir. Yapılan birçok çalışmada BKİ ile mortalite oranı arasında doğru orantı olduğu gösterilmiştir (WHO 2000). 20 yaşında ortalama normal kilolu kişilerde on yıl içinde mortalite oranı 0,01 iken, bu oran aynı yaştaki obez kişilerde 1,8'e çıkmaktadır (Özarmağan ve Bozbora 2002).

Kardiyovasküler hastalıklar: Obezitenin yol açtığı ve etkili olduğu pek çok sağlık sorunu olmakla birlikte bunların içinde belki de en önemli hastalıklardır. Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri olan; hipertansiyon, yüksek kolesterol ve lipid düzeyi, insülin direnci ile ilişkili hiperinsülineminin görülme durumunun obezite ile birlikte artmasına rağmen, uzun dönem prospektif çalışmalar santral obezitenin, kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı mortalite ve morbidite riskini bağımsız olarak arttırdığını göstermiştir (Pi-Sunyer 1993; Çöl 1998; WHO 2000). Hubert ve arkadaşlarının (1983) 1948 yılında oluşturulmuş olan Framingham kalp çalışmasını temel alarak gerçekleştirdikleri araştırmada, 50 yaşından genç obez erkeklerde koroner hastalıkların görülme durumunun zayıf erkeklere göre 2 kat, kadınlarda ise 2,4 kat arttığı saptanmıştır. Aynı çalışmada konjestif kalp hastalıklarının obezite ile birlikte görülme riskinin kadınlarda 3 kat, erkeklerde 2,5 kat arttığı ortaya konmuştur.

Hipertansiyon: Obezite ve hipertansiyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, BKİ arttıkça sistolik ve diyastolik basıncın arttığı ve obezlerde hipertansiyon gelişme riskinin zayıf kişilere göre daha yüksek olduğu kanıtlanmıştır. NHANES II çalışmasında fazla kilolu yetişkinlerde hipertansiyon görülme riski, normal

kilolu yetişkinlere göre 2,9 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Pi-Sunyer 1993). Huang ve arkadaşlarının (1998) kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada ise, 5-10 kg'lık ağırlık artışı hipertansiyon riskini 1,7 kat artırırken, 25 kg artışın riski 5,2 kata çıkarttığı bildirilmiştir.

İnme (stroke): Kadınlar üzerinde BKİ ve inme görülme riskinin araştırıldığı bir çalışmada, $BKİ \geq 27 \text{ kg/m}^2$ olan veya 18 yaşından sonra kilo alanlarda iskemik inme riskinde artış olduğu saptanmıştır. Bu artış riski $BKİ < 20 \text{ kg/m}^2$ olanlarla karşılaştırıldığında, $BKİ > 32 \text{ kg/m}^2$ olanlarda 2,4 kat; 20 kg'dan fazla kilo alanlarda ise 2,5 kat daha fazladır. Diğer taraftan BKİ ve kilo almanın hemorajik inme riskini arttırmadığı bildirilmiştir (Rexrode ve ark. 1997).

İnsülin direnci ve Tip 2 DM: İnsülin direnci ve hiperinsülinemi obezitenin karakteristik özelliklerindendir. Obezite DM için major bir risk faktörüdür ve tip 2 DM'li hastaların yaklaşık %90'ı obezdir. Şişman hastaların %40-60'ında DM gelişmektedir (Orhan ve Özbey 2002). Field ve arkadaşlarının (2001) 10 yıllık bir sürede orta yaşlı kişilerde yaptıkları çalışmada, BKİ 18,5-24,9 kg/m^2 arasında olan normal kilolularla, $BKİ > 34 \text{ kg/m}^2$ olan obezler karşılaştırıldığında DM görülme riskinin obezlerde 20 kat arttığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, $BKİ > 35 \text{ kg/m}^2$ olan erkeklerde DM görülme riski $BKİ < 23 \text{ kg/m}^2$ olan erkeklere göre 42,1 kat arttığı (Chan ve ark. 1994); kadınlar üzerinde yapılan farklı bir çalışmada ise, $BKİ 31-32,9 \text{ kg/m}^2$ olanlarda DM riskinin 40,3 kat; $BKİ \geq 35 \text{ kg/m}^2$ olanlarda 93,2 kat arttığı bulunmuştur (Colditz ve ark 1995).

Diğer sağlık sorunları: Obezite akciğer fonksiyonlarını birçok yönden etkilemektedir. Obstrüktif uyku apnesi ya da akciğer hastalığı olmayan obezitede genellikle akciğer fonksiyonlarında hafif etkilenme saptanırken, aşırı obezlerde ve uyku apnesi olanlarda akciğer fonksiyonlarının belirgin olarak etkilendiği görülmüştür. Orta ve ileri derecede obezite, santral vücut yağlarının mekanik etkisine bağlı olarak akciğer fonksiyonlarında restriktif anormalliklere yol açabilir. Supine pozisyonunda solunumun mekanik iş yükü orta derecede obezlerde %30, obezite hipoventilasyonu sendromu olan obezlerde 3 kat arttığı belirtilmiştir (Kısaoğlu ve ark. 2000).

Çok sayıda çalışmada, kanser sıklığı ile fazla kilolu olma arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Kadınlarda, meme, endometriyum, serviks, over ; erkeklerde, prostat kanseri obezite ile ilişkili olarak artmaktadır. Bu kanser türlerinin gelişimi, vücutta yağ

oranının artması sonucu meydana gelen hormonal değişikliklere bağlanmaktadır. Kolon ve safra kesesi kanseri riski ile özellikle kadınlarda böbrek kanserinin obezite ile doğrudan ilişkisi bulunduğu belirtilmektedir (Marchand ve ark. 1992; Schapira ve ark. 1992; Wolk ve ark. 1996; WHO 2000; Owens 2003). Avrupa Birliği'nde kanser insidansı ile obezite ilişkisini inceleyen bir raporda, tüm kanserler içerisinde %5'inin obezite ile ilişkili olduğu; en yüksek oranda obezite ile ilişkili kanser türünün endometriyum (%39), böbrek (%25) ve safra kesesi (%25) kanserleri olduğu belirtilmiştir (Bergström ve ark. 2001).

Obezlerde safra taşı görölme sıklığı araştırmalar ile kanıtlanmıştır. BKİ>45 kg/m² olanlarda BKİ<25 kg/m² olanlara göre safra taşı görölme riskinin 3-4 kat arttığı; ayrıca artan karın içi basıncının özafajiyal reflü, mide fıtığı (hiatus hernisi) ve üriner stres inkontinansına neden olabileceği bildirilmiştir (Pi-Sunyer 1993; WHO 2000; Owens 2003).

Obezite cilt ve kas-iskelet sisteminde sık rastlanan bir takım olumsuzluklara neden olmaktadır. Cilt altı yağ dokusunun artması sonucu, cildin üzerinde oluşan basınca bağlı olarak striaların oluşumu, sık görülen değişikliklerdir. Ayrıca diyabet nedeniyle cilt renginde değişiklikler meydana gelebilir. Cilt katlantı bölgelerinin temizliğinin zor olması, mantar, iritasyon, ülserasyon gelişmesine neden olabilir. Özellikle yük taşıyıcı eklemlerde, aşırı vücut ağırlığının oluşturduğu travmaya bağlı olarak diz ve kalça ekleminde osteoartroz gelişebilmekte, ürik asit artritiyle kendini gösteren gut hastalığı da obezitede sık görölmektedir (WHO 2000; Owens 2003).

Tablo 2-2: Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları

Kardiyovasküler Sistem	Hipertansiyon Koroner arter hastalığı Derin ven trombozu Konjestif kalp yetmezliği Serebrovasküler hastalıklar Tromboflebit Ateroskleroz
Solunum Sistemi	Astım Obstrüktif uyku apnesi Obezite hipoventilasyon sendromu Solunum güçlüğü Akciğer embolisi
Sindirim Sistemi	Safra taşları ve hastalıkları Karaciğer yağlanması ve siroz Kolonorektal kanser Mide fıtığı
Metabolik	Dislipidemi İnsülin direnci Tip 2 diabetes mellitus Hiperürisemi
Kas-iskelet Sistemi	Osteoartrit Gut Karpal tünel sendromu
Üreme ve Boşaltım Sistemi	Endometriyum kanseri Over kanseri Prostat kanseri Stres inkontinans Proteinüri İdrar yolu enfeksiyonları
Hormonal Sistem	Meme kanseri Polikistik over sendromu Gebelik komplikasyonları Kısırlık (İnfertilite) Menstruasyon düzensizlikleri Aşırı kıllanma
Deri	İntertriginöz dermatit Lenfödem
Nörolojik	Pseudomotor serebri
Psikososyal	Anksiyete Depresyon Toplumsal uyumsuzluklar Anoreksiya nevroza Blumia nevroza Gece yeme sendromu Tıkanırçasına yeme (binge eating) sendromu

2.5. Cerrahi Girişim Sonrası Obezitenin Neden Olduğu Komplikasyonlar

Obeziteye bağlı gelişen ve kronikleşen sağlık sorunları nedeniyle, cerrahi girişim sonrasında komplikasyon görülme sıklığı ve cerrahi girişimden kaynaklanan yaşam kaybının, normal kilolulara göre daha yüksek olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır (Charlebois ve Wilmoth 2004; Garza 2004).

Cerrahi girişimden sonra erken dönemde en sık karşılaşılan sorunlar solunum ve kardiyovasküler sistem ile ilgilidir. Orta ve ileri derece obezitede, santral vücut yağlarının etkisiyle akciğer ve göğüs duvarı genişlemesinde azalmaya bağlı olarak yeterli oksijenlenme sağlanamaz ve kandaki karbondioksit miktarı artar. Ayrıca hipoventilasyon sendromu ve obstrüktif uyku apnesi nedeniyle obez hastalarda hipoksi görülmektedir. Solunum yetmezliği, hareket kısıtlılığına bağlı yetersiz mobilizasyon da atelektazi ve pnömoni görülme riskini arttırmaktadır (Charlebois ve Wilmoth 2004; Dunn 2005; Pieracci ve ark. 2006).

Obez hastalarda yağlı dokulara kan akış gereksiniminin artması ile kalp yükünün artması, doğrudan ilişkilidir. Kalpteki yükün artması nedeniyle cerrahi girişim sonrası miyokard iskemisi, konjestif kalp yetmezliği, aritmiler ve ani kalp durması görülme riski artar. Obezite, ameliyat sonrası venöz tromboemboli gelişiminde, bağımsız risk faktörlerinden biri olarak değerlendirilmekte, ayrıca kan viskozitesinin artması, venöz durgunluk, aşırı pıhtılaşma ve hareket yetersizliği, derin ven trombozu ve pulmoner emboliye neden olabilmektedir (Dunn 2005; Pieracci ve ark. 2006).

Obez hastalarda, kalın cilt altı yağ dokusunda damarlanmanın azalması ve yara kenarlarında basıncın artması nedeniyle yara iyileşmesinde gecikme, eviserasyon, cerrahi alan enfeksiyonları, cilt bütünlüğünde bozulma ve sepsis görülme riski artar (Garza 2004; Yorgancı ve Tırnaksız 2007).

2.6. Obezitenin Kontrolü ve Tedavisi

Obezitenin kontrolünde, bütün sağlık problemlerinde olduğu gibi sorunun belirlenmesi ve korunma öncelik taşımaktadır. Obeziteden korunma yöntemleri, tedavi yöntemlerine göre daha kolay, ucuz ve daha etkilidir. Korunma programları, bireye ve topluma yönelik olarak düzenlenebilir. Bireye yönelik korunma, zaman içinde obez kişideki aşırı yağın; topluma yönelik korunmada ise zaman içinde obez kişi sayısının ne kadar ve nasıl azatılabileceğini kapsar (Orhan ve Özbey 2002).

Obeziteden korunma programları, normal kilolu kişilerin mevcut ağırlıklarının korunmasını hedef alan primer korunma; obez kişilerin normal ağırlıklarına dönmeleri, zayıflayan obez kişilerin yeniden kilo almalarının önlenmesi ya da kilo veremeyen kişilerin daha fazla kilo almalarının engellenmesine yönelik sekonder korunma ve obeziteye bağlı sağlık sorunları olan kişilerin uygun tedavi ile bu sorunların ortadan kaldırılması ya da kontrol altına alınmasını hedef alan tersiyer korunma olarak sınıflandırılabilir (Orhan ve Özbey 2002; Swinburn ve ark. 2004).

Çocuk ve adölesan döneminde oluşan obezite, yetişkinlik dönemi obezitesi için zemin hazırlar. Bu nedenle obeziteden korunma çocukluk çağında başlamalı; aile, okul ve yaşadığı çevrede, yeterli ve dengeli beslenme ile fiziksel aktivite konularında çocuklar bilgilendirilmelidir. Toplum eğitiminde, fazla beslenmenin, az beslenme kadar olumsuz olduğu anlaşılır hale getirilmeli, toplumların besin tüketim alışkanlıkları değerlendirilip, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesi için besin politikaları yeniden gözden geçirilmelidir (Çöl 1998; Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009).

Obezite tedavisi, bireyin kararlılığı ve etkin olarak katılımını gerektiren, tedavisi zorunlu, uzun ve süreklilik gerektiren bir süreçtir. Obezite kronik bir hastalıktır ve hayat boyu multidisipliner tedavi gerektirir. Obezitenin etiyolojisinde pek çok faktörün olması, bu hastalığın tedavisini son derece güç ve karmaşık hale getirmektedir. Tedavi, hastalığı kontrol altında tutar, ancak tedavi bırakılırsa obezite tekrarlar. Bu tekrarlama, hastaya ya da tedavinin yetersizliğine bağlı olmayıp, hastalığın kronik karakteri nedeniyle gelişir. Tedavideki başarısızlığın en önemli sebebi, hastaların yaşam tarzlarını kalıcı olarak değiştirmelerindeki güçlülüdür. Obezite tedavisinin temelini, eğitim, diyet, egzersiz ve davranış tedavisini içine alan yaşam şekli değişikliği oluşturur. Bu temel basamaklarda zorlanıldığında ilaç tedavisi ile hastaya motivasyon kazandırılabilir ve başarı oranı yükseltilebilir. Ayrıca sonuç alınamayan, aşırı obezite vakalarında uygun ise cerrahi girişim bir seçenek olabilir (Yılmaz 1995; Satman 1998; Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009).

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi obezite tedavisinde de hastayla kurulacak iletişim, tedavideki başarıda önemli rol oynamaktadır. Hastaya ilgili davranılmalı, sorunlarına sabırla yaklaşılmalı, suçlama ve önyargılı yaklaşımlardan uzak durulmalıdır. Obezite tedavisinin başarılı olabilmesi için bireyin tedaviye istekli olması ve katılımının

sağlanması gereklidir. Hasta ile iletişim kaybedilmemeli, düzenli izlemlerin söz konusu olduğu bir program oluşturulmalıdır (Yılmaz 1995). Tedavi için bir hedef konulurken, bu hedefin ulaşılabilir ve gerçekçi olması önemlidir. Bu nedenle ideal kiloya ulaşabilmek gibi zor ve caydırıcı hedeflerin yerine, ilk altı ay içinde vücut ağırlığının %10 oranında kaybedilmesi ilk hedef olmalıdır. Hedef sağlandıktan sonra, hastanın kolayca adapte olabileceği, yaşam şeklinde daha küçük değişikliklerle, yavaş (ayda 2-4 kg) ama istikrarlı bir kilo verme programı düzenlenmelidir. Ulaşılan vücut ağırlığında kalmayı sağlamak için tedavinin uzun süreli izlemi yapılmalıdır. (Orhan ve Özbey 2002; Bahçeci 2006).

Diyet tedavisi: Obezitenin diyet ile tedavisinde amaç, enerji açığı oluşturarak, kas ve organlarda hücre kütlesi kaybı olmadan vücut yağ depolarında azalma sağlamaktır. Diyet içeriği protein, vitamin ve mineral bakımından yeterli olup, doyurucu ve bireyin yeme alışkanlığına yakın olmalıdır. Uygulanan diyet örnekleri içerdikleri enerji düzeylerine göre açlık diyetleri, çok düşük kalorili diyetler, düşük kalori diyetler olarak sınıflandırılabilir. Hangi tür diyet seçilirse seçilsin, kilo kaybının oluşabilmesi için toplam enerji alımının azaltılması gerekir. Ortalama 500-600 kkal/gün kalori kısıtlaması ile genellikle haftada 0,5 kg zayıflama sağlanabilir (Peker ve ark 2000; Orhan ve Özbey 2002; Racette ve ark 2003; Bahçeci 2006).

Egzersiz: Obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde diğer tedavi yaklaşımlarına yardımcı önemli bir yöntemdir. Egzersizin kilo kontrolünü ve kilo kaybını kolaylaştırıcı primer etkileri yanında, düzenli olarak yapıldığında, obezitenin neden olduğu sağlık sorunları üzerine de olumlu etkileri vardır (Durmaz 1995; Özbey 2002). Fizik aktivite, sedanter yaşam süren bireylerde günlük enerji harcamasının %15'ini oluştururken, aktif bireylerde ise %30-40'ına ulaşabilir. Aerobik egzersiz programları tek başına orta derecede kilo ve yağ kaybını sağlayabilir. Anaerobik egzersizin ise kilo üzerine belirgin etkisi yoktur; ancak yağsız vücut kütlesini arttırabilir. Yürüyüş, tempolu yürüyüş (jogging), bisiklete binme, yüzme, su içi egzersizleri başlangıç için önerilen aerobik egzersizlerdir. Egzersizin süresi ve yoğunluğu kişiye özel belirlenmelidir. Orta derece yoğunlukta egzersizde, maksimal kalp hızının %60-85'ine ulaşması bireyler arasında değişkenlik göstermektedir. Başlangıçta haftada 3-5 gün 30-45 dakika süren orta derecede fizik aktivite için hastalar teşvik edilmelidir. Fizik aktivite sırasında travmadan kaçınmak tedavide dikkat edilmesi gereken önemli noktalardandır. Aşırı obez bir kişinin

basit egzersizlerle fizik aktiviteye başlaması ve dereceli olarak artırılması önerilmektedir (Bahçeci 2006).

Davranış tedavisi: Vücut ağırlığının kontrolünde davranış değişikliği tedavisi, fazla kilo alımına neden olan beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi ya da azaltmayı, olumlu davranışları ise pekiştirerek yaşam şekli haline getirmeyi amaçlayan bir tedavi şeklidir. Kendi kendini gözlemleme, uyarıcı kontrolü, alternatif davranış geliştirme, pekiştirme ve kendi kendini ödüllendirme, bilişsel yeniden yapılanma ve sosyal destek basamaklarından oluşmaktadır. Yönlendirici olmayan hasta merkezli bir yaklaşım ile başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir (Bahçeci 2006; Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009).

İlaç tedavisi: Obezite tedavisinde kullanılan ilaçların, sağlık yönünden güvenilirliğinin saptanmış olması, obeziteye neden olan etiyolojiye uygun bir etki göstermesi, kısa ve uzun dönemde önemli yan etkisinin olmaması ve bağımlılık yapmaması büyük önem taşır (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009). İlaç tedavisinin uygulanabilmesi için; $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ olması ya da $BKİ > 27 \text{ kg/m}^2$ olması ile birlikte bulunan risk faktörlerinden en az birinin varlığı, diyet ve egzersizi içeren davranış tedavisine yanıt alamama, hastanın ilaç tedavisi ile birlikte diyet ve egzersiz tedavilerini sürdürmeyi ve düzenli olarak kontrollere gelmeyi kabul etmesi, kadın hastaların gebe olmaması ve tedavi süresinde gebelikten korunmaları gerekir (Ersoy ve Çakır 2007). Tedavide kullanılan ilaçlar; enerji alımını engelleyen (anorektik/iştah kesici), enerji tüketimini arttıran (termojenik) ve enerji Emilimi ve depolanmasını azaltan (gastrointestinal sisteme etkili) ilaçlar şeklinde gruplandırılır. Enerji alımını engelleyen ilaçlar, etkilerini merkezi sinir sistemi üzerinden gösterir. Norepinefrin ve serotoninin geri alımını inhibe eden sibutramin bu grupta en yaygın kullanılan ilaçtır. Termojenik ilaçlar, sempatik sinir aktivasyonu ya da besinlerin oksidasyonu arttırarak enerji yerine ısı oluşumunu sağlamaktadırlar. Bu grupta kullanılan ilaçlar; tiroid hormonları, efedrin, beta adrenerjik antagonistleri ve kafein gibi ilaçları kapsar. Enerji Emilimi ve depolanmasını azaltan ilaçlar, sindirim enzimlerini bloke ederek gastrointestinal sistemde gıdaların Emilimini, dolayısıyla kalori alımını azaltır. Orlistat, bu grupta en yaygın kullanılan ilaçtır (Özbey ve Orhan 2002).

Cerrahi tedavi: $BKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ya da $BKİ \geq 35 \text{ kg/m}^2$ olup obezite ile ilişkili sağlık sorunları olup, cerrahi olmayan yöntemlerle kilo kaybı sağlanamayan hastalara uygulanmaktadır. Cerrahi yaklaşımlar temelde bariyatrik ve rekonstrüktif cerrahi olarak ikiye ayrılır. Bariyatrik cerrahi, besinlerin alımını kısıtlayıcı ve emilimlerini azaltmaya yönelik yöntemleri içerir. Bunlar; laparoskopik ayarlanabilir gastrik band, vertikal band gastroplastisi, gastrik balon, gastrik bypass ve biliopankreatik diversiyon/duodenal switch yöntemleridir. Rekonstrüktif cerrahide ise amaç; vücudun çeşitli bölgelerinde lokalize olmuş yağ dokularını uzaklaştırmaktır. Liposuction ve lipoktemi bu alanda kullanılan yöntemlerdir (Çizmeci 2002; Chikungwo ve ark. 2009).

2.7. Cerrahi Girişim Deneyimleyecek Fazla Kilolu/Obez Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Obezitenin beraberinde getirdiği ve çoğunluğu kronik olan hastalıklar nedeniyle, bireylerin fonksiyonel durumları ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu olumsuz etkileniş hastaların özel bakım gereksinimlerini de arttırmaktadır.

Cerrahi girişim deneyimleyecek obez hastalarda, genel sağlık durumunun bozulması ve varolan kronik hastalıklar nedeniyle, ağırlıklı olarak kardiyovasküler ve solunum sistemi komplikasyonlarının görülme riski ile cerrahi girişimden kaynaklanan yaşam kaybının, normal kilolulara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ayrıca fazla yağ dokusu nedeniyle cerrahi alan enfeksiyonları, yara iyileşmesinde gecikme gibi sorunların yaşanma riskinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Obez hastaların, fazla yağ dokusu, hareket kısıtlılığı, aşırı terleme ve sıkça yaşanan inkontinans nedeniyle basınç ülserleri görülme açısından risk grubunda olduğu bildirilmektedir (Green ve Gillett 1998; Garza 2004; Dunn 2005).

Obez hastalarda, gerekli hemşirelik bakımının verilmesini engelleyen pek çok fiziksel ve psiko-sosyal sorunlar bulunmaktadır. Özel araç-gereç ve fiziksel donanımdaki eksiklik hemşirelik bakımının kalitesini, hasta memnuniyetini ve bakım verenlerin güvenliğini olumsuz yönde etkilemekte; ayrıca obez hasta bakımının yorucu, zaman alıcı olması çalışan memnuniyetsizliğine neden olmaktadır.

Fonksiyonel durumları çoğunlukla yetersiz olan obez bireylerde bu durum, cerrahi girişim nedeniyle daha da artmakta ve hasta bağımlı bir hale gelmektedir. Ayrıca, cerrahi girişim sonrası komplikasyonların görülme riskinin yüksek oluşu nedeniyle hemşirelerin, obez hastaya yaklaşımı ve bakımı önem kazanmaktadır. Obez

hastanın hastaneye ilk kabulünden başlayarak, taburcu oluncaya kadar devam eden süreçte; hemşire, hasta ile önyargısız, empatik, güvenli bir iletişim ve tutum içinde olmalı, bireyi tüm boyutlarıyla ele alarak insancıl bir yaklaşımla, uygulayıcı, bakım verici, eğitici, yönetici rollerini yerine getirmelidir (Camden 2006; Vacek 2007).

2.7.1. Hasta/Çalışan Güvenliği ve Özel Araç-Gereç Kullanımı

Hemşirelerin, fazla kilolu/obez hastaların bakım sürecinde, hastaların ağırlıkları nedeniyle çalışan güvenliği açısından ciddi riskler taşıdığı belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda, mesleğe bağlı yaralanmalarda hemşireliğin ikinci sırada yer aldığı (Dolgun ve Yavuz 2009), bakım girişimleri ile bakım verenlerin sırt yaralanmaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Altınel ve ark. 2007). Sırt yaralanmalarının %80-90'ının hastanın yataktan kaldırılması ve hareket ettirilmesi sonucu meydana geldiği belirtilmiş (Hahler 2002); Smedley ve arkadaşlarının çalışmasında (1995), sağlık çalışanlarının sırt yaralanmalarının, hastanın yatak içinde döndürülmesi, yataktan ayağa kaldırılması ve yataktan sandalyeye geçirilmesi sırasında olduğu bildirilmiştir. Hastanın ağırlığı arttıkça, bakım vermenin daha zor ve tehlikeli hale gelip yaralanma riskinin arttığı (Brown 2003); fiziksel yaralanma riskinin yüksek olmasının uygun araç-gereç ve çalışan sayısındaki yetersizliğin, bakım verenlerin memnuniyetsizliğine ve isteksizliğine neden olabildiği vurgulanmaktadır (Hahler 2002).

Çalışan güvenliğinin yanında, hastanın tedavi ve bakım girişimleri süresince güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi öncelikli hedefler arasında yer alır. Uygun, kullanışlı araç-gereç ve güvenli fizik çevre, tedavi ve bakım girişimlerini kolaylaştırıp, komplikasyonların kontrol altına alınmasını sağlarken, hasta memnuniyetini ve konforunu da artırır.

Obeziteye bağlı hareket kısıtlılığı nedeniyle hastalar, yatak içi pozisyon değiştirme, ayağa kalkma, tuvalet ve banyo vb. gereksinimlerini gerçekleştirmede, yaralanma riskleri yüksek olduğu için yardıma gereksinim duymaktadırlar. Aynı zamanda dolaşım yetersizliği ile birlikte hastanın ölçülerine uygun olmayan yatak, tekerlekli sandalye, sedye, ameliyat masası vb. ekipmanların kullanılması basınç yaralarının gelişmesine neden olabilmektedir (Barr ve Cunneen 2001).

Hemşire, hastanın kullanacağı yatak, sedye, tekerlekli sandalye gibi araç-gerecin üst taşıma kapasitelerini bilmeli ve hastaya uygunluğuna karar vermelidir. Yatak oturma

ve yatma pozisyonunda ayarlanabilir, hastanın yatak içinde dönebileceği genişlikte ve hastanın yataktan kaldırılmasına yardımcı olması için pedalla yükseklik ayarı yapılabilir özellikte olmalıdır (Davidson ve ark. 2003).

Hasta ve çalışanların güvenliğini desteklemek için, 360 kg taşıma kapasiteli bariyatrik yataklar, hastanın yataktan kaldırılmasına yardımcı olan mekanik asansörler, döndürme çarşafı ve trapezler kullanılabilir. Mekanik asansör gibi ekipmanlarda hastalar kendilerini güvende hissetmeyebilirler. Bunun önlenmesi için ilgili araç-gerecin kullanılmadan önce hastaya kullanımı hakkında bilgi verilmelidir. Uygun araç-gereç olmaması halinde, bilinci kapalı hastanın yatak içinde döndürülmesi ya da kaldırılmasında, bir hemşire hastanın havayolu, bir hemşire baş bölgesi, iki hemşire sağ ve sol taraf, bir hemşirede ayak bölgesinde olmak üzere toplam beş sağlık çalışanının bulunması gerekmektedir (Davidson ve ark. 2003; Hahler 2002).

Hastanın taşınmasında, ekstra geniş tekerlekli sandalye, 360 kg taşıma kapasiteli sedye kullanılmalıdır. Yürümeye yardımcı araçlar da hastanın ölçülerine uygun olmalıdır. Aynı şekilde hasta odasında bulunan ofis tipi sandalye ve koltuk uygun genişlikte olmalıdır (Barr ve Cunneen 2001).

Fazla kilolu/obez hastaların fizik muayenesinde, hastanın ağırlık ve kan basıncını ölçmek güçtür. Bu nedenle 360 kg ölçme kapasiteli özel tartı, ekstra geniş tansiyon aleti manşeti kullanılmalıdır (Barr ve Cunneen 2001).

Fazla kilolu/obez hasta bakımında kullanılacak diğer ekipmanlar arasında, 360 kg taşıma kapasiteli ameliyat masası, 135 kg taşıma kapasiteli görüntüleme (manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi, radyografi) ekipmanları, ameliyat için cerrahi ekipmanlar, ekstra geniş ameliyat önlüğü sayılabilir (Gianos 2003).

Yapı hizmetlerinde de, kapı çerçevelerinin genişletilmesi, duvar monteli tuvalet yerine, taban monteli tuvaletin ve asansörün kullanılması gerekmektedir (Davidson ve ark. 2003).

2.7.2. Kardiyovasküler Sisteme Yönelik Uygulamalar

Kardiyovasküler sisteme yönelik komplikasyonların önlenmesi ve kaliteli bakımın verilebilmesi için öncelikle hastanın iyi bir fiziksel muayenesinin yapılması gerekmektedir. Obez hastalarda kalp damar sisteminin değerlendirilmesi normal kilolulara göre daha güçtür. Göğüs duvarındaki kalın yağ dokusu, kalp seslerinin

dinlenmesini zorlaştırdığı için, hastaya sol yan pozisyon ya da baş 45° yüksek pozisyon verildiğinde, göğüs duvarının sol tarafından kalp sesleri, sternum bölgesinden ikinci interkostal aralıktan ise aort ve pulmoner damarlar daha kolay değerlendirilir (Hahler 2002; Garrett ve ark.2004; Harris 2008).

Obez kişilerin hareketlerinin sınırlı, enerji ve oksijen gereksinimlerinin fazla olması, sıklıkla hipertansiyon görülmesi nedeniyle sistemik damar direncinin artmasına bağlı nabız sayısı yükselmektedir. Bu nedenle obez hastalarda nabız, aktivite toleransının önemli bir göstergesi olarak değerlendirilir (Garrett ve ark.2004).

Fazla kilolu/obez hastalarda standart tansiyon aleti manşonuyla doğru kan basıncı ölçümünü gerçekleştirmek mümkün değildir. Tansiyon aleti manşonunun içerisinde şişen kese bölümü kol çevresinin %80'ini sarmalı ve genişliği kol çevresinin %40-50'si kadar olmalıdır. Alt ekstremitelerde periferik nabız değerlendirmek amacıyla doppler ultrason kullanılabilir. Kapiller dolum ayak ve el parmaklarından kontrol edilebilir (Hahler 2002; Twedell 2003; Garrett ve ark.2004; Barth ve Jenson 2010).

Ekstremitelerdeki fazla yağ dokusuna bağlı anatomik yapıdaki değişiklikler damar içi kateterizasyonu zorlaştırmaktadır. Standart kateterler, obez hastalarda kısa kalabileceği için daha uzun kateterler kullanılmalı, kateterizasyon için antekubital bölge tercih edilmelidir (Hahler 2002; Twedell 2003).

Ameliyat sonrası dönemde hastanın yaşam bulgularının saatlik olarak takip edilmesi oluşabilecek komplikasyonların erken farkedilmesini sağlamaktadır. Damar yolu ile sıvı uygulanırken dehidratasyon ve sıvı yüklenmesi olmaması için hasta yakından izlenmelidir. Saatlik aldığı- çıkardığı sıvı izlemi, günlük kilo takibi, biyokimya ve tam kan sayımı analizleri yapılmalıdır. Sıvı yüklenmesi yönünden dolgun nabız, hipertansiyon, ödem, anormal solunum sesleri, boyun venlerinde dolgunluk gibi bulgular izlenmelidir. Dehidratasyon yönünden ise, taşikardi, idrar miktarının azalması, hipotansiyon, oksijen gereksiniminde artış belirtileri yakından izlenmeli ve anormal bulgular hekime bildirilmelidir (Grindel ve Grindel 2006; Harrington 2006; Barth ve Jenson 2010).

Ameliyat sonrası dönemde alt ekstremitelerde tek taraflı şişlik, kızarıklık, ağrı, nabız farklılıkları gibi derin ven trombozu belirtileri açısından hasta yakından izlenmeli,

belirtilerin varlığı hekime bildirilmelidir. Derin ven trombozundan korunmada etkili yöntemler arasında, antikuagülan profilaksisi ile birlikte, anti-embolik çorap ya da basınç aletleri kullanmak, erken ve sık ambulasyon, yatak içinde 2 saatte bir bacak egzersizlerinin yapılması önerilmektedir. Antikuagülan profilaksisinde 5000 IU heparin günde iki kez, ya da 40 mg düşük moleküler ağırlıklı heparin günde bir kez cilt altı yolla uygulanır. Antikuagülan tedavi sırasında hasta kanama yönünden dikkatle izlenmelidir (Grindel ve Grindel 2006; Harrington 2006; Davidson ve ark. 2003; Twedell 2003; Garza 2004).

2.7.3. Solunum Sistemine Yönelik Uygulamalar

Obezitenin, hava yolu açıklığı, solunum fonksiyonları, gaz değişimi ve kanın oksijenlenmesi üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır.

Fazla kilolu/obez hastalarda kısa ve geniş boyun, orofarenksteki fazla yağ dokusu nedeniyle normal kilolulara göre hava yolu daha dar olup, boyun ekstansiyonunun yetersizliğine bağlı olarak, hava yolu açıklığının sürdürülmesi ve entübasyon zorlaşmaktadır. Ayrıca endotrakeal entübasyon sırasında karın bölgesinde fazla yağ doku bulunmasından dolayı vücuda pozisyon verilmesinde güçlükler yaşanmaktadır. Uygulama sırasında hastaya, başın kalçadan daha yüksek konumda olduğu ters trendelenburg pozisyonu verilmesi, entübasyonu kolaylaştırmaktadır. Pozisyon verilemeyen hastalarda fiber-optik larengoskop kullanılması avantaj sağlayabilir. Entübasyon sağlanır sağlanmaz, yüz ve başın şekli, cilt bütünlüğü, sekresyon durumu ve sedasyon düzeyine göre, tüp bağlanarak ya da bantlanarak sabitlenmelidir. Tüpün sabitlendiği bağ ya da bant çevresindeki cilt, bütünlüğü bozulma riski yüksek olduğu için sık aralıklarla gözlenmelidir (Hahler 2002; Twedell 2003; Barth ve Jenson 2010).

Trakeostomi açılması gereken obez hastalarda, normal kilolulara göre, boyun bölgesindeki fazla yağ dokusu nedeniyle teknik daha zor, kanülün çıkma ve tıkanma riski daha yüksektir. Kanülün çıkmasının önlenmesi için uzun (8-15cm) kanül kullanılıp, güvenli sabitlenmesine dikkat edilmelidir. Kanülün bağı, ciltte iritasyona neden olabileceği için, doku erezyonuna karşı tesbit materyali, uygun sıklıkta bağlanıp sık aralıklarla gözlenmelidir (Hahler 2002; Garza 2004; Barth ve Jenson 2010).

Fazla kilolu/obez hastalarda karın ve göğüs bölgesindeki birikmiş yağ dokusu, akciğer ve göğüs duvarının genişlemesini engellediği için total akciğer kapasitesi, fonksiyonel rezidüel kapasite, vital kapasite ve inspiryum kapasitesinde azalmalara neden olmaktadır (Pieracci ve ark. 2006). Ayrıca obezlerde, karbondioksit artışına solunum cevabı, normal kilolulara göre %60 oranında azalmakta; hipoksiye solunum cevabı ise iki kat artmaktadır. Diyafragma ve interkostal kaslarda birikmiş olan yağ dokusu da solunum kas gücünü zayıflatmakta ve solunum etkinliğini azaltabilmektedir (Tabak ve Çuhadaroglu 2002). El-Solh ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada, morbid obezlerde akciğer komplikasyonlarının normal kilolulara göre daha fazla görüldüğü ve obez hastaların daha uzun süre ventilatöre bağlı kaldıkları, daha geç ekstübasyon ve ekstübasyon sonrası daha fazla oksijen inhalasyonuna gereksinim duydukları saptanmıştır.

Obstrüktif uyku apnesi ve hipoventilasyon sendromu, obez hastalarda yaygın görülen bir sorundur. Hastalar uykulu olabilir ya da sık uykuya dalıp apne periyotları yaşayabilir, bunun sonucunda da hipoksi meydana gelebilir. Anestezik ajanlar ve diğer ameliyat sonrası ilaçlar hipoksiyi şiddetlendirip aritmiler için önemli derecede riski arttırabilir. Ayrıca sürekli uyuma hali kapsamlı fiziksel değerlendirmeyi zorlaştırır (Hahler 2002; Barth ve Jenson 2010).

Göğüs duvarı, kalın yağ dokusu tarafından kuşatıldığı için akciğerin standart fizik muayene yöntemleri (oskültasyon, perküsyon) ile değerlendirilmesi güçleşmektedir. Bu nedenle ilk değerlendirme için solunum hızı ve derinliği, yardımcı solunum kaslarının kullanımı, siyanoz açısından cilt ve tırnaklar gözlenip, laboratuvar bulguları ve balgam analizi değerlendirilmeli, saturasyon takibi yapılmalıdır. Ayrıca, kan basıncını izlemek için arteriyel kateterler, oksijenizasyon durumu için arteriyel kan gazı ölçümleri, periferel nabız değerlendirilmesi için dopler kayıtları, uyumu değerlendirmek için ventilatör basıncı, fiziksel değerlendirmede kullanılabilecek diğer yöntemler arasında yer alır (Hahler 2002; Harris 2008; Barth ve Jenson 2010).

Obstrüktif uyku apnesinin önlenmesi için basınçlı havanın nazal maskeyle verilmesi ile hava yolu açıklığını sağlayan CPAP (continious positive airway pressure/sürekli hava yolu basıncı) ya da BPAP (bi-level positive airway pressure/değişken hava yolu basıncı) kullanılmaktadır. Nazal maske, hastanın yüzüne uygun olmalı ve tam oturmalıdır. Eğer hasta evde CPAP ya da BPAP kullanıyorsa, hastanede

yatarken de bu aletleri getirip kullanmasına olanak sağlanmalıdır. Ayrıca ekstübasyon sonrası oksijenizasyonu sağlamak, hava yolu açıklığını sürdürmek içinde CPAP ya da BPAP kullanılabilir (Hahler 2002; Barth ve Jenson 2010).

Obez hastalarda artmış karın içi basıncı, aspirasyon riskini de beraberinde getirmektedir. Harter ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları bir çalışmada, obez hastalarda mide içeriği miktarının, normal kilolulara göre 25 ml daha fazla olduğu ve pH<2,5 olduğunu bildirilmektedir. Uygun histamin H₂-antagonistleri, aspirasyon riskini azaltmaya yardımcı olmaktadır. Tidal volümü düzeltmek, karın içi basıncını azaltmak için ameliyat sonrası dönemde yatağın başı 30°-45° yükseltilmelidir. Şişman hastalarda atelektazi ve pnömonini riskini azaltmak için hasta uyanır uyanmaz, 90 dakikalık uyku siklusunu tamamlamasına olanak sağlayacak şekilde 1,5-2 saatte bir derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılmalı ve 10 kez triflo ile çalışması için teşvik edilmelidir. Oksijenizasyonu arttırmak için hekim istemiyle 2 lt/dak. nazal oksijen inhalasyonu yapılabilir. Erken ambulasyon için hasta cesaretlendirilmeli, iki saatte bir ya da daha sık aralılarla ambulasyon sağlanmalı ve sık pozisyon değişikliği yapılmalıdır (Hahler 2002; Davidson ve ark. 2003; Charlebois ve Wilmoth 2004; Grindel ve Grindel 2006; Harrington 2006; Barth ve Jenson 2010).

2.7.4. Cilt ve Yara Bakımı

Fazla kilolu/obez hastalarda yağ dokusunda damarlanmanın azalmasıyla ilişkili olarak, yara iyileşmesinde gecikme ve cilt bütünlüğünde bozulma riski yüksektir. Yara yerinde, enfeksiyon, hematoma, seroma, ayrılma, evizasyon gibi komplikasyonlar, ciltte ise basınç yaraları, dermatit, intertrigo, enfeksiyonlar görülebilmektedir (Wilson ve Clark 2003; Charlebois ve Wilmoth 2004; Barth ve Jenson 2010).

Cilt katlantı yerleri, neme bağlı olarak fazla bakteri barındırdıkları için, özellikle, boyun, meme altı, karın, kasık, bacak arkası, perianal bölgede cilt bütünlüğü bozulup, iritasyon, iltihap, mantar enfeksiyonları oluşabilmektedir. Cilt bütünlüğünün sürekliliğinin sağlanması amacıyla, sekiz saatte bir cilt ve katlantı yerleri gözlenir, cilt hijyeni sağlanır ve sık sık pozisyon değiştirilir. Hastanın hareket kısıtlılığı olmadığı sürece günlük banyonun yapılması sağlanıp, cilt temiz ve kuru tutulmalıdır. Terlemenin azaltılması için hasta odası uygun nem ve sıcaklıkta, yatak çarşafı ve giysiler pamuklu kumaşlardan yapılmış olmalıdır. Pudra, cilt katlantı yerlerinde birikip iritasyonu arttıracığından, yerine nemlendirici ya da yağlayıcı özelliği olan kremler

sürülmelidir. Cilt katlantı bölgelerine pamuklu kumaş ya da gazlı bez konularak birbirine temas önlenip iritasyon azaltılabilir. Enfeksiyon varlığında topikal antifungal pomadlar, tedavi amaçlı tercih edilebilir (Hahler 2002; Garza 2004; Harrington 2006; Baugh ve ark. 2007; Barth ve Jenson 2010).

Obez hastalarda kemik çıkıntıları üzerinde (oksipital bölge, sakral bölge, topuklar) basıncın fazla olması nedeniyle basınç yarası oluşma riski yüksektir. Ayrıca hastanın ölçülerine göre dar olan sandalye ya da tekerlekli sandalye kullanılması kalçanın yan bölgelerinde de basınç yaralarının oluşmasına neden olabilir. Dren, göğüs tüpü, üriner kateter gibi tüpler hastanın cilt katlantı yerlerine temas ettiğinde basınç ve iritasyon oluşturarak yara gelişimine neden olabilir. Basınç yaralarının oluşum riskini azaltmak için bariatrik yatak kullanılmalı, iki saatte bir hastaya pozisyon verilmeli, pozisyon verilirken tüplerin yerleri değiştirilip, aynı bölgeye uzun süreli teması önlenmeli, cildin hava ile teması sağlanmalıdır (Gallagher 2002; Wilson ve Clark 2003; Camden 2006).

Obez hastalarda karın içi basıncının artmasıyla ilişkili olarak inkontinans sık görülen bir sorundur. Hasta ameliyat sonrası dönemde ayağa kalkıncaya kadar üriner kateteri çıkartılmamalı, kateterizasyona bağlı enfeksiyon belirti ve bulguları sık aralıklarla kontrol edilip perine bakımı verilmelidir. Hastanın kateteri çıkartıldıktan sonra karın bölgesindeki fazla yağ dokusu nedeniyle hasta perine hijyenini sağlamakta zorlanabilir; hemşire boşaltım sonrası hijyenin sağlanmasında hastaya yardımcı olmalıdır (Gallagher 2002; Hahler 2002; Harrington 2006).

Obez hastalarda, yağ dokusunda damarlanmanın az olması, oksijen ve besin yetersizliği, artmış yağ dokusunun yara kenarlarında gerilimi arttırması, DM, vitamin ve protein eksikliği, anemi, cilt katlantı yerlerinde bakterilerinin fazla olması gibi nedenlerden dolayı yara iyileşmesi normal kilolulara göre daha yavaş, komplikasyon görülme oranı ise daha yüksektir (Gallagher 2002; Baugh ve ark. 2007).

Yara iyileşmesinde gecikme, enfeksiyon, seroma, hematoma, ayrılma, evizasyon gibi komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Yapılan çalışmalarda BKİ arttıkça yara yerinde enfeksiyon görülme oranının arttığı belirtilmektedir (Roberts ve Bates 1992). Yara pansumanının çok sık aralıklarla değiştirilmesi epidermiste soyulmalara neden olabileceği için, yara pansumanı hekim istemi ya da ıslaklık, fiksasyon hatası olduğunda değiştirilmelidir. Köpükler, hidrokolloidler, kalsiyum

alginat gibi yara örtüleri, yara iyileşmesinde avantaj sağlayabilir. Pansuman sırasında yara kenarları, drenajın rengi, kokusu, miktarı gözlenerek kayıt edilmelidir. Pansuman bölgesinin sabitlenmesini desteklemek için hastaya elastik kıyafetler giydirilebilir. Ayrıca korseler, karın bölgesi ameliyatlarında, yara yerinin ayrılmasını önleyip, hastanın rahatını sağlamak amacıyla kullanılabilir (Hahler 2002; Harrington 2006; Barth ve Jenson 2010).

2.7.5. İlaç Uygulamaları

Fazla kilolu/obez hastalarda, hastaların vücut büyüklüğü, su, yağ ve kas oranındaki farklılıklar nedeniyle bazı ilaçların farmakokinetiğini tahmin etmek güçtür. Tedavi için, belirlenen standart dozlar, obez hastalar için uygun olmayabilir. Tedavi sırasında kullanılan ilaçların emilim, dağılım, metabolizma ve eliminasyonu göz önüne alınmalıdır (Hahler 2002; Charlebois ve Wilmoth 2004; Barth ve Jenson 2010).

Fazla kilolu/obez hastalarda, kronik hastalıkları nedeniyle düşük protein seviyesi, ilaçların bağlanma miktarını azaltarak kanda dolaşan serbest ilaç miktarının artmasına ve sonuçta toksik etkilere neden olabilmektedir (Charlebois ve Wilmoth 2004; Barth ve Jenson 2010). Ayrıca obez hastalarda, normal kilolu bireylerdeki yüksek oranda su içeren kas dokusuna göre daha fazla olan ve düşük su içeren yağ dokusu, ilaçların emiliminde farklılıklara neden olmaktadır. Örneğin; suda emilim gösteren antibiyotiklerin, fazla yağ dokusu nedeniyle tamamı emilemeyip istenilen etkiyi gösteremediği belirtilmekte; antibiyotiklerin doz ayarlamasının, serum konsantrasyon düzeylerine göre yapılması önerilmektedir (Wurtz ve ark. 1997). Bazı anksiyolitik, analjezik, sedatif, antidepresan türevi ilaçların yağ dokusunda emilim özelliğine sahip olduğu ve yavaş salınım gösterdiği bildirilmektedir. Örneğin; diazepam, propofol, opioid analjezikler yağda yüksek çözünürlük gösterir ve çabuk metabolize olup uzun süreli kullanımda yağ dokusunda birikebilir. Bu nedenle analjezik ve sedatif etki gösteren ilaçlar uygulanırken sık aralıklarla hastanın ağrı ve sedasyon düzeyi izlenmelidir (Charlebois ve Wilmoth 2004).

Genel olarak ilaç dozlarını hesaplama yöntemi çok tartışmalı olmasına karşın uygun ilaç dozu, ideal vücut ağırlığı ve total vücut ağırlığına göre hesaplanmaktadır. Serum ilaç düzeyi, ilacın etkileri ve istenilen klinik sonuca ulaşma dozunun belirlenmesinde, rehberlik edebilir (Hahler 2002; Davidson ve ark. 2003; Charlebois ve Wilmoth 2004; Harrington 2006; Barth ve Jenson 2010).

İlaçların uygulama yolunda ise damar içi ve ağız yolu tercih edilmelidir. Yağ dokusunda kan dolaşımı yetersiz olduğu için cilt ve cilt altı uygulanan ilaçların etkileri geç başlayıp, güvenilir etki sürekliliği sağlanamaz. Kas içi uygulama yolu, ilacın yağ dokusunda kalma olasılığı yüksek olduğu için tercih edilmemeli, uygulama gerekli ise daha uzun iğne (7-8 cm) ile ilaç verilmelidir (Hahler 2002; Charlebois ve Wilmoth 2004; Harrington 2006; Hurst ve ark. 2004; Barth ve Jenson 2010). Hasta kontrollü analjezi, ameliyat sonrası dönemde obez hastalarda ağrının giderilmesi için kullanılabilecek etkili bir yöntem olarak değerlendirilmekte; epidural analjezinin ise, kateter, spinal bölgeye yerleştirilebildiği sürece uygulanabilecek yöntemlerden biri olduğu belirtilmektedir (Garza 2004; Grindel ve Grindel 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, cerrahi girişim deneyimleyecek fazla kilolu/obez hastaya bakım veren cerrahi hemşirelerinin, fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Araştırma Soruları:

1. Fazla kilolu/obez hastaya bakım veren cerrahi hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri nelerdir?
2. Cerrahi hemşirelerinin fazla kilolu/obez hasta bakımına ilişkin bilgi ve uygulamaları nelerdir?
3. Hemşirelerin, eğitim durumu ve mezun oldukları bölüm ile fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları farklılık göstermekte midir?

3.2. Araştırmanın Yeri, Özellikleri ve Süresi

Araştırma, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi kliniklerinde gerekli etik kurul (Ek-2) ve yazılı izin (Ek-3) alınarak 11.04.2011-30.04.2011 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama hastanesi 350 yatak kapasiteli olup, cerrahi, dahili, beyin cerrahi, yoğun bakım üniteleri, genel cerrahi, dahiliye, ortopedi ve travmatoloji, üroloji, plastik cerrahi, nöroşirürji, kulak-burun-boğaz (KBB), jinekoloji ve obstetrik, çocuk, yenidoğan, psikiyatri olmak üzere toplam 22 klinik yer almaktadır.

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama hastanesinde 253 hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni (ATT) ve toplum sağlığı teknisyeni çalışmaktadır. Hastanede çalışma sistemi 08-16, 16-08 ve 08-08 vardiya sistemi şeklinde olup, çalışanlar ayda yaklaşık sekiz gece nöbeti tutmaktadır. Klinikler, çoğunlukla 24 yataklı olup, bir sağlık çalışanı ortalama bir vardiya içerisinde yaklaşık 12 hastaya, yoğun bakım ünitelerinde ise bir sağlık çalışanı üç hastaya bakım vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi kliniklerinde (genel cerrahi, çocuk cerrahi, göğüs cerrahi, nöroşirürji-plastik cerrahi, üroloji-ortopedi, kardiyovasküler cerrahi, göz-KBB, jinekoloji ve obstetrik, cerrahi yoğun bakım, nöroşirürji yoğun bakım) çalışan hemşireler (n:73) ve hemşire olmayan ancak personel yetersizliği nedeniyle hemşire statüsünde çalıştırılan (sağlık memurluğu, ebe, ATT, toplum sağlığı teknisyeni) (n:27) sağlık çalışanları oluşturdu (N:119). Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış olup, evrenin tamamına ulaşılması planlandı. Araştırma örneklemini, toplumda obez hasta sayısının fazla kilolu hasta sayısından daha az, bağlı olarak çalışanların obez hastaya bakım verme oranının fazla kilolu hastaya bakım verme oranına göre daha az olması nedeniyle fazla kilolu/obez hastaya bakım veren cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanları oluşturdu. Ancak, beş kişinin ön uygulamada olması, sekiz kişinin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, altı kişinin izinde olması ya da hasta olması nedeniyle araştırmaya dahil edilmedi. Sonuç olarak araştırmanın örneklemini 100 sağlık çalışanı oluşturdu. Böylece evrenin % 84'üne ulaşıldı.

3.4. Veri Toplama Aracı

Veriler, araştırmacı tarafından konu ile ilgili daha önceki çalışmalar, gözlem ve deneyimler, literatür bilgileri, tez danışmanı ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplandı (Ek-1). Ön uygulama sonrası 2 soru anketten çıkartılarak, III bölümden oluşan 39 soruluk anket formu son halini aldı. Anket formunun birinci bölümünde; sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin, fazla kilolu/obez hasta ile karşılaşma sıklıklarının sorgulandığı 5 adet çoktan seçmeli ve 7 adet açık uçlu soru olmak üzere toplam 12 soru; İkinci bölümde, fazla kilolu/obez hasta bakımında gerekli araç-gerecin bulunma durumunun sorgulandığı 1 adet çoktan seçmeli, 1 adet açık uçlu ve 1 adet seçme listesi olmak üzere toplam 3 soru; üçüncü bölümde, sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hastalara özel bakım girişimlerine ilişkin bilgi, uygulama ve bakım vermede istekli olma durumlarının sorgulandığı 21 adet seçme listesi, 1 adet sıralama, 1 adet açık uçlu ve 1 adet çoktan seçmeli olmak üzere 24 adet soru yer aldı. Anketin “cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hastalara özel bakım girişimleri” bölümüyle ilgili araştırmaya katılanlardan beklenen doğru yanıtlar Tablo 3-1’de gösterildi.

Tablo 3-1: Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarından fazla kilolu/obez hastalara özel bakım girişimlerinden beklenen doğru yanıtlar

Sorular	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok
Ameliyat sonrası dönemde hastanın solunumunu rahatlatmak için baş 30°- 45° yükseltilmelidir.	✓		
Fazla kilolu/obez hastalarda solunum kapasitesinde azalma, uyku apnesi görülme riski yoktur.		✓	
Fazla kilolu/obez hastalarda gastrik içeriğin aspirasyon riski normal kilolulara göre daha yüksektir.	✓		
Trakeostomosi olan fazla kilolu/ obez hastalarda trakeostomi kanülünün sabitlenmesi kolay, çıkma riski daha azdır.		✓	
Ameliyat sonrası dönemde hastanın BİPAP(iki seviyeli pozitif havayolu basıncı),CPAP(sürekli pozitif havayolu basıncı) cihazına ihtiyacı olabilir.	✓		
Ameliyat öncesi dönemde hastanın derin solunum, öksürük egzersizleri ve yatak içi dönme egzersizleri, ekstremit e egzersizlerini öğrenmesi sağlanmalıdır.	✓		
Derin ven trombozu ve pulmoner emboli görülme riski fazla kilolu/obez ve normal kilolu hastalarda aynı orandadır.		✓	
Antikuagulan profilaksisi, ameliyat öncesinde fazla kilolu/ obez hastalarda derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskine karşı uygulanmalıdır.	✓		
Derin ven trombozunu önlemek için alt ekstremitelere venöz kompresyon uygulanmalıdır.	✓		
Fazla kilolu/obez hastalarda ameliyat için gerekli olan; IV katater, NG, idrar katateri vb. takılması daha zor olduğu için hasta sedasyon altındayken uygulanması konforu sağlar.	✓		
Ağrı kontrolünü sağlamada IM yol daha uygun ve güvenlidir.		✓	
IM ilaç uygulamasında uzun enjektör iğnesi kullanılmalıdır.	✓		
Ağrı kontrolünü sağlamada IV yol daha uygun ve güvenlidir.	✓		
Fazla kilolu/ obez hastalarda basınç ülseri görülme riski normal kilolulara göre daha yüksektir.	✓		

Tablo 3-1: Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarından fazla kilolu/obez hastalara özel bakım girişimlerinden beklenen doğru yanıtlar (devam)

Sorular	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok
Basınç ülserleri açısından 24 saatte bir hastanın cilt ve cilt katlantı yerleri gözlenmelidir.		✓	
Bilinci kapalı fazla kilolu/obez hastalara 2 saatte bir pozisyon verilmelidir.	✓		
Yara yerindeki drenlerin sabitlenmesi fazla yağ dokusu nedeniyle zordur ve özen gerektirir.	✓		
Yara yeri pansumanını sabitlemek için hastaya elastik kıyafetler giydirilebilir.	✓		
Fazla kilolu/ obez hastalarda idrar ve dışkı inkontinansı görülme oranı normal kilolulara göre daha yüksektir.	✓		
Ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyon hastanın iyileşme sürecini hızlandırır.	✓		
Fazla kilolu/obez hastanın, mobilizasyonu ve transportunda normal kilolu hastaya göre daha fazla sağlık çalışanına ihtiyaç vardır.	✓		

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulanabilmesi için, Düzce Üniversitesi Etik Kurul Komitesi'nden etik kurul onayı (Ek-2) (03/03/2011 2011/119 nolu karar), uygulamanın yapılacağı hastane yönetiminden çalışmanın yapılabilmesi için gerekli yazılı izin (Ek-3) alındı.

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından katılımcılara amaç, yöntem, anket formunun nasıl ve ne kadar sürede (yaklaşık 15 dakika) doldurulacağı açıklanarak toplandı. Çalışmayı kabul eden, ancak o an anket formunu dolduramayacak katılımcılara isteklerine bağlı olarak anket formu bırakıldı, uygun zamanda doldurmaları söylenerek, doldurulan formlar daha sonra toplandı.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında SPSS (Statistical package of social science) 16.0 programı ile gerçekleştirildi. Katılımcıların fazla kilolu/obez hastalara özel bakım girişimlerine ilişkin verdiği yanıtlardan “fikrim yok” seçeneği, Tablo 3-1’de gösterilen sağlık çalışanlarından beklenen yanıtlara göre “yanlış” yanıtlarla birleştirilerek verilerin analizi yapıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (yüzdeleme, frekans)

yanı sıra, verilerin karşılaştırılmasında ki-kare ve Fisher ki-kare testleri kullanıldı. Araştırmada tüm bulgular %95 güven aralığında, $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde kabul edildi (Bahar 2004).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Örneklem grubunun oluşturulmasında, kurumların (Düzce ilinde bulunan) araştırma yapma izni vermemesi nedeniyle çalışmanın tek bir kurumdaki hemşirelerle sınırlı kalması,
- Örneklem grubunun, verilerin genellemesi açısından yeterli olmaması,
- Cerrahi girişim deneyimleyen fazla kilolu/obez hasta bakımına ilişkin çalışmaların yetersizliğinden dolayı araştırmanın bulgularının sınırlı sayıda literatür ile tartışılması.

4. BULGULAR

Bu bölümde; cerrahi girişim deneyimleyecek fazla kilolu/obez hastaya bakım veren cerrahi hemşirelerinin, fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistiksel analizleri tablolar halinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları;

- Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular,
- Fazla kilolu/obez hasta bakım için gerekli özel araç-gereç bulunma durumuna/kullanımına ilişkin bulgular
- Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarına ilişkin bulgular,
- Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumlarına ilişkin bulgular, olmak üzere dört bölümde ele alındı.

4.1. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde örneklem grubunun yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim durumu, mezuniyet yılı, mezun olunan bölüm, çalışılan servis, çalışma yılı, obez hasta ile karşılaşma sıklığına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-1: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=100)

Özellikler		n	%*
Yaş	<26	28	28,0
	26-30	46	46,0
	>30	26	26,0
Cinsiyet	Kadın	83	83,0
	Erkek	17	17,0
Medeni durum	Bekar	44	44,0
	Evli	56	56,0
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	30	30,0
	Ön lisans	11	11,0
	Lisans	55	55,0
	Yüksek lisans	4	4,0
Mezuniyet yılınız	<2000	23	23,0
	2000-2005	33	33,0
	>2005	44	44,0
BKİ (kg/m ²)	<18,50	17	17,0
	18,50-24,99	57	57,0
	25,00-29,99	19	19,0
	>30,00	7	7,0

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %46'sının 26-30 yaş grubunda, %83'ünün kadın, %56'sının evli, %55'inin lisans mezunu olduğu, %44'ünün eğitimlerini 2005 yılından sonra tamamladığı belirlendi. BKİ'ine göre sağlık çalışanlarının obezite durumu incelendiğinde %57'sinin normal kiloda olduğu saptandı (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerinin dağılımı (N=100)

Özellikler	n	%*
Mezun oldukları bölüm	Hemşirelik	73
	Ebelik	6
	Acil tıp teknisyenliği (ATT)	11
	Toplum sağlığı	7
	Sağlık memurluğu	3
Çalıştıkları servis	Genel cerrahi	13
	Çocuk cerrahi	12
	Göğüs cerrahisi	10
	Nöroşirürji-plastik cerrahi	11
	Üroloji-ortopedi	7
	Kardiyovasküler cerrahi	10
	Göz-KBB	6
	Jinekoloji ve obstetrik	13
	Cerrahi yoğun bakım	11
	Nöroşirürji yoğun bakım	7
Bulundukları servisteki çalışma yılı	1 yıldan az	18
	1-5 yıl	63
	6-10 yıl	16
	11-15 yıl	3

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Araştırma grubunun mesleki özellikleri incelendiğinde; %73'ünün hemşirelik bölümü mezunu olduğu, %13'ünün genel cerrahi, aynı oranda sağlık çalışanının jinekoloji ve obstetrik servisinde, %12'sinin çocuk cerrahi servisinde, %11'inin nöroşirürji-plastik cerrahi, aynı oranda sağlık çalışanının cerrahi yoğun bakım ünitesinde görev yaptığı belirlendi. Örneklem grubunun %63'ünün çalıştıkları servislerde 1-5 yıl arasında hizmet verdikleri saptandı (Tablo 4-2).

Tablo 4-3: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının ayda ortalama fazla kilolu/obez hasta ile karşılaşma sıklığı (N=100)

Özellik	n	%*
Fazla kilolu/obez hasta ile karşılaşma sıklığı	<15	42
	15-25	23
	>25	35

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Örneklem grubunun %42'sinin ayda ortalama 15'den az fazla kilolu/obez hasta, ile karşılaştıkları belirlendi (Tablo 4-3).

Tablo 4-4: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının çalıştıkları servis ile ayda ortalama fazla kilolu/obez hasta ile karşılaşma sıklığı (N=100)

Çalışılan servis	Fazla kilolu/obez hasta ile karşılaşma sıklığı					
	<15		15-25		>25	
	n	%*	n	%*	n	%*
Genel cerrahi	-	0,0	3	23,1	10	76,9
Çocuk cerrahi	12	100	-	0,0	-	0,0
Göğüs cerrahisi	2	20,0	-	0,0	8	80,0
Nöroşirürji-plastik cerrahi	5	45,5	2	18,2	4	36,4
Üroloji-ortopedi	1	14,3	4	57,1	2	28,6
Kardiyovasküler cerrahi	1	10,0	5	50,0	4	40,0
Göz-KBB	3	50,0	3	50,0	-	0,0
Jinekoloji ve obstetrik	5	38,5	2	15,4	6	46,2
Cerrahi yoğun bakım	7	63,6	3	27,3	1	9,1
Nöroşirürji yoğun bakım	6	85,7	1	14,3	-	0,0

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Örnekleme grubunun çalıştıkları servislere göre ayda ortalama fazla kilolu/obez hasta ile karşılaşma sıklığı incelendiğinde; genel cerrahi servisinde çalışanların %76,9'u, göğüs cerrahi servisinde çalışanların %80'i ayda 25'den fazla; üroloji-ortopedi servisinde çalışanların %57,1'i ayda 15-25 arasında; çocuk cerrahi servisinde çalışanların %100'ü, cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışanların %63,6'sı, nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde çalışanların 85,7'si ayda 15'den daha az fazla kilolu/obez hasta ile karşılaştıklarını bildirdi (Tablo 4-4).

4.2. Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımı İçin Özel Araç-Gereç Bulunma Durumuna/Kullanımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde fazla kilolu/obez hasta bakımı için gerekli özel araç-gerecin bulunma durumu, boyut, kapsam ve yeterliliğine ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-5: Fazla kilolu/obez hasta bakımında gerekli özel araç-gerecin bulunma durumu (N=100)

Araç-gereç	Var		Yok	
	n	%*	n	%*
Büyük boy tansiyon aleti	26	26,0	74	74,0
Büyük beden ameliyat önlüğü	30	30,0	70	70,0
Büyük tekerlekli sandalye	22	22,0	78	78,0
Büyük sedye	35	35,0	65	65,0
Büyük karyola	25	25,0	75	75,0
Tartı	24	24,0	76	76,0
Ofis tipi sandalye/koltuk	32	32,0	68	68,0

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılanlara fazla kilolu/obez hasta bakımında gerekli özel araç-gerecin çalıştıkları serviste bulunma durumu sorulduğunda; %74'ü büyük boy tansiyon aletinin, %70'i büyük beden ameliyat önlüğünün, %78'i büyük tekerlekli sandalyenin, %65'i büyük sedyenin, %75'i büyük karyolanın, %76'sı tartının, %68'i ofis tipi sandalyenin olmadığını belirttikleri belirlendi (Tablo 4-5).

Örneklem grubunun %69'unun, çalıştıkları servislerde, fazla kilolu/obez hasta bakımı için gerekli özel araç-gerecin bulunmadığını ya da var olan araç-gerecin fazla kilolu/obez hastaya uygun ölçüde ve yeterli sayıda olmadığını bildirdikleri saptandı.

4.3. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde sağlık çalışanlarının, fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları ile bilgi ve uygulamalarının eğitim durumu ve mezun oldukları bölüm ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-7 ve Tablo 4-8, fazla kilolu/obez hastalara özel bakım girişimleri soruları, sağlık çalışanlarından beklenen doğru yanıtlar (Tablo3-1, syf.35) doğrultusunda düzenlendi.

Tablo 4-6: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/ obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarına ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı (N=100)

Sorular	Katılıyorum		Katılmıyorum	
	n	%*	n	%*
Ameliyat sonrası dönemde hastanın solunumunu rahatlatmak için baş 30°- 45° yükseltilmelidir.	100	100,0	-	0,0
Fazla kilolu/obez hastalarda solunum kapasitesinde azalma, uyku apnesi görülme riski yoktur.	5	5,0	95	95,0
Fazla kilolu/obez hastalarda gastrik içeriğin aspirasyon riski normal kilolulara göre daha yüksektir.	92	92,0	8	8,0
Trakeostomosi olan fazla kilolu/ obez hastalarda trakeostomi kanülünün sabitlenmesi kolay, çıkma riski daha azdır.	31	31,0	69	69,0
Ameliyat sonrası dönemde hastanın BİPAP(iki seviyeli pozitif havayolu basıncı),CPAP(sürekli pozitif havayolu basıncı) cihazına ihtiyacı olabilir.	74	74,0	26	26,0
Ameliyat öncesi dönemde hastanın derin solunum, öksürük egzersizleri ve yatak içi dönme egzersizleri, ekstremit e egzersizlerini öğrenmesi sağlanmalıdır.	100	100,0	-	0,0
Derin ven trombozu ve pulmoner emboli görülme riski fazla kilolu/obez ve normal kilolu hastalarda aynı orandadır.	16	16,0	84	84,0
Antikuagulan profilaksisi, ameliyat öncesinde fazla kilolu/ obez hastalarda derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskine karşı uygulanmalıdır.	74	74,0	26	26,0
Derin ven trombozunu önlemek için alt ekstremitelere venöz kompresyon uygulanmalıdır.	82	82,0	18	18,0
Fazla kilolu/obez hastalarda ameliyat için gerekli olan; IV katater, NG, idrar katateri vb. takılması daha zor olduğu için hasta sedasyon altındayken uygulanması konforu sağlar.	90	90,0	10	10,0
Ağrı kontrolünü sağlamada IM yol daha uygun ve güvenlidir.	38	38,0	62	62,0
IM ilaç uygulamasında uzun enjektör iğnesi kullanılmalıdır.	91	91,0	9	9,0
Ağrı kontrolünü sağlamada IV yol daha uygun ve güvenlidir.	71	71,0	29	29,0
Fazla kilolu/ obez hastalarda basınç ülseri görülme riski normal kilolulara göre daha yüksektir.	93	93,0	7	7,0
Basınç üls e rleri açısından 24 saatte bir hastanın cilt ve cilt katlantı yerleri gözlenmelidir.	92	92,0	8	8,0

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4-6: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarına ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı (devam) (N=100)

Sorular	Katılıyorum		Katılmıyorum	
	n	%*	n	%*
Bilinci kapalı fazla kilolu/obez hastalara 2 saatte bir pozisyon verilmelidir.	100	100,0	-	0,0
Yara yerindeki drenlerin sabitlenmesi fazla yağ dokusu nedeniyle zordur ve özen gerektirir.	93	93,0	7	7,0
Yara yeri pansumanını sabitlemek için hastaya elastik kıyafetler giydirilebilir.	64	64,0	36	36,0
Fazla kilolu/ obez hastalarda idrar ve dışkı inkontinansı görülme oranı normal kilolulara göre daha yüksektir.	70	70,0	30	30,0
Ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyon hastanın iyileşme sürecini hızlandırır.	96	96,0	4	4,0
Fazla kilolu/obez hastanın, mobilizasyonu ve transportunda normal kilolu hastaya göre daha fazla sağlık çalışanına ihtiyaç vardır.	96	96,0	4	4,0

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Örneklem grubunun fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarına ilişkin verdikleri yanıtlar incelendiğinde; “Ameliyat sonrası dönemde hastanın solunumunu rahatlatmak için baş 30°- 45° yükseltilmelidir”, “Ameliyat öncesi dönemde hastanın derin solunum, öksürük egzersizleri ve yatak içi dönme egzersizleri, ekstremiteler egzersizlerini öğrenmesi sağlanmalıdır” ve “Bilinci kapalı fazla kilolu/obez hastalara 2 saatte bir pozisyon verilmelidir” sorularına %100’ünün doğru yanıt verdiği; “Basınç ülserleri açısından 24 saatte bir hastanın cilt ve cilt katlantı yerleri gözlenmelidir” sorusuna ise %92’sinin “katılıyorum” diyerek yanlış yanıt verdiği belirlendi (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (N=100)

Bakım girişimleri	Yanıtlar		Sağlık meslek lis.		Ön lisans		Lisans		Yüksek lisans		Anlamlılık	
			n	%	n	%	n	%	n	%	χ ²	p
Ameliyat sonrası dönemde hastanın solunumunu rahatlatmak için baş 30°- 45° yükseltilmelidir.	Katılıyorum	D*	30	100,0	55	100,0	11	100,0	4	100,0		
	Katılmıyorum	Y**	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Fazla kilolu/obez hastalarda solunum kapasitesinde azalma, uyku apnesi görülme riski yoktur.	Katılıyorum	Y	2	6,7	-	0,0	3	5,5	-	0,0	0,989	0,804
	Katılmıyorum	D	28	93,3	11	100,0	52	94,5	4	100,0		
Fazla kilolu/obez hastalarda gastrik içeriğin aspirasyon riski normal kilolulara göre daha yüksektir.	Katılıyorum	D	25	83,3	11	100,0	52	94,5	4	100,0	4,850	0,183
	Katılmıyorum	Y	5	16,7	-	0,0	3	5,5	-	0,0		
Trakeostomosi olan fazla kilolu/ obez hastalarda trakeostomi kanülünün sabitlenmesi kolay, çıkma riski daha azdır.	Katılıyorum	Y	12	40,0	4	36,4	13	23,6	2	50,0	3,353	0,340
	Katılmıyorum	D	18	60,0	7	63,6	42	76,4	2	50,0		
Ameliyat sonrası dönemde hastanın BİPAP(iki seviyeli pozitif havayolu basıncı),CPAP(sürekli pozitif havayolu basıncı) cihazına ihtiyacı olabilir.	Katılıyorum	D	24	80,0	5	45,5	41	74,5	4	100,0	6,634	0,085
	Katılmıyorum	Y	6	20,0	6	54,5	14	25,5	0	0,0		
Ameliyat öncesi dönemde hastanın derin solunum, öksürük egzersizleri ve yatak içi dönme egzersizleri, ekstremitte egzersizlerini öğrenmesi sağlanmalıdır.	Katılıyorum	D	30	100,0	55	100,0	11	100,0	4	100,0		
	Katılmıyorum	Y	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Derin ven trombozu ve pulmoner emboli görülme riski fazla kilolu/obez ve normal kilolu hastalarda aynı orandadır.	Katılıyorum	Y	2	6,7	3	27,3	8	14,5	3	75,0	13,431	0,004
	Katılmıyorum	D	28	93,3	8	72,7	47	85,5	1	25,0		

*D: Doğru **Y: Yanlış

Tablo 4-7: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (devam) (N=100)

Bakım girişimleri	Yanıtlar		Sağlık meslek lis.		Ön lisans		Lisans		Yüksek lisans		Anlamlılık	
			n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Antikuagulan profilaksisi, ameliyat öncesinde fazla kilolu/obez hastalarda derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskine karşı uygulanmalıdır.	Katılıyorum	D	24	80,0	9	81,8	40	72,7	1	25,0	5,949	0,114
	Katılmıyorum	Y	6	20,0	2	18,2	15	27,3	3	75,0		
Derin ven trombozunu önlemek için alt ekstremitelere venöz kompresyon uygulanmalıdır.	Katılıyorum	D	25	83,3	7	63,6	46	83,6	4	100,0	3,527	0,317
	Katılmıyorum	Y	5	16,7	4	36,4	9	16,4	-	0,0		
Fazla kilolu/obez hastalarda ameliyat için gerekli olan; IV katater, NG, idrar katateri vb. takılması daha zor olduğu için hasta sedasyon altındayken uygulanması konforu sağlar.	Katılıyorum	D	5	16,7	4	36,4	9	16,4	-	0,0	0,505	0,918
	Katılmıyorum	Y	27	90,0	10	90,9	49	89,1	4	100,0		
Ağrı kontrolünü sağlamada IM yol daha uygun ve güvenlidir.	Katılıyorum	Y	11	36,7	5	45,5	20	36,4	2	50,0	0,589	0,899
	Katılmıyorum	D	19	63,3	6	54,5	35	63,6	2	50,0		
IM ilaç uygulamasında uzun enjektör iğnesi kullanılmalıdır.	Katılıyorum	D	29	96,7	11	100,0	47	85,5	4	100,0	4,725	0,193
	Katılmıyorum	Y	1	3,3	-	0,0	8	14,5	-	0,0		
Ağrı kontrolünü sağlamada IV yol daha uygun ve güvenlidir.	Katılıyorum	D	21	70,0	8	72,7	39	70,9	3	75,0	0,062	0,996
	Katılmıyorum	Y	9	30,0	3	27,3	16	29,1	1	25,0		
Fazla kilolu/ obez hastalarda basınç ülseri görülme riski normal kilolulara göre daha yüksektir.	Katılıyorum	D	23	76,7	11	100,0	55	100,0	4	100,0	17,563	0,001
	Katılmıyorum	Y	7	23,3	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Basınç ülseleri açısından 24 saatte bir hastanın cilt ve cilt katlantı yerleri gözlenmelidir.	Katılıyorum	Y	29	96,7	11	100,0	48	87,3	4	100,0	3,862	0,277
	Katılmıyorum	D	1	3,3	-	0,0	7	12,7	-	0,0		

*D: Doğru **Y: Yanlış

Tablo 4-7: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (devam) (N=100)

Bakım girişimleri	Yanıtlar		Sağlık meslek lis.		Ön lisans		Lisans		Yüksek lisans		Anlamlılık	
			n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Bilinci kapalı fazla kilolu/obez hastalara 2 saatte bir pozisyon verilmelidir.	Katılıyorum	D	30	100,0	11	100,0	55	100,0	4	100,0		
	Katılmıyorum	Y	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Yara yerindeki drenlerin sabitlenmesi fazla yağ dokusu nedeniyle zordur ve özen gerektirir.	Katılıyorum	D	28	93,3	11	100,0	51	92,7	3	75,0	2,830	0,419
	Katılmıyorum	Y	2	6,7	-	0,0	4	7,3	1	25,0		
Yara yeri pansumanını sabitlemek için hastaya elastik kıyafetler giydirilebilir.	Katılıyorum	D	22	73,3	11	100,0	27	49,1	4	100,0	14,878	0,002
	Katılmıyorum	Y	8	26,7	-	0,0	28	50,9	-	0,0		
Fazla kilolu/ obez hastalarda idrar ve dışkı inkontinansı görülme oranı normal kilolulara göre daha yüksektir.	Katılıyorum	D	23	76,7	8	72,7	38	69,1	1	25,0	4,553	0,208
	Katılmıyorum	Y	7	23,3	3	27,3	17	30,9	3	75,0		
Ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyon hastanın iyileşme sürecini hızlandırır.	Katılıyorum	D	30	100,0	11	100,0	52	94,5	3	75,0	6,605	0,086
	Katılmıyorum	Y	-	0,0	-	0,0	3	5,5	1	25,0		
Fazla kilolu/obez hastanın, mobilizasyonu ve transportunda normal kilolu hastaya göre daha fazla sağlık çalışanına ihtiyaç vardır.	Katılıyorum	D	29	96,7	10	90,9	54	98,2	3	75,0	6,053	0,109
	Katılmıyorum	Y	1	3,3	1	9,1	1	1,8	1	25,0		

*D: Doğru **Y: Yanlış

Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile fazla kilolu/obez hastaya uyguladıkları bakım girişimleri karşılaştırıldığında, “Derin ven trombozu ve pulmoner emboli görülme riski fazla kilolu/obez ve normal kilolu hastalarda aynı orandadır” sorusuna %75 oranıyla yüksek lisans mezunlarının “katılıyorum” diyerek yanlış yanıt verdiği; büyük bir çoğunlukla doğru yanıt veren sağlık meslek lisesi (%93,3), lisans (%85,5) ve ön lisans (%72,7) mezunlarından farklı olan bu sonucun, istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4-7).

Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile fazla kilolu/obez hastaya uyguladıkları bakım girişimleri karşılaştırıldığında, “Fazla kilolu/ obez hastalarda basınç ülseri görülme riski normal kilolulara göre daha yüksektir” sorusuna sadece sağlık meslek lisesi mezunlarının %23,3 oranında “katılmıyorum” diyerek yanlış yanıt verdiği; ön lisans (%100,0), lisans (%100,0) ve yüksek lisans (%100,0) mezunlarının tamamının bu soruyu doğru yanıtladıkları, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$; Tablo 4-7).

Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile fazla kilolu/obez hastaya uyguladıkları bakım girişimleri karşılaştırıldığında, “Yara yeri pansumanını sabitlemek için hastaya elastik kıyafetler giydirilebilir” sorusuna en düşük lisans mezunları (%49,1), en yüksek ön lisans (%100,0), yüksek lisans (%100,0) ve sağlık meslek lisesi (%73,3) mezunlarının doğru yanıt verdiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$; Tablo 4-7).

Eğitim durumunun diğer bakım girişim seçeneklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmadığı, ancak “Basınç ülserleri açısından 24 saatte bir hastanın cilt ve cilt katlantı yerleri gözlenmelidir” sorusuna araştırmaya katılan ön lisans ve yüksek lisans mezunlarının %100’ü, sağlık meslek lisesi mezunlarının %96,7’si, lisans mezunlarının %87,3’ü, “katılıyorum” diyerek yanlış yanıt verdiği belirlendi (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının mezun oldukları bölüme göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (N=100)

Bakım girişimleri	Yanıtlar		Hemşirelik		Ebelik		ATT		Diğer		Anlamlılık	
			n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Ameliyat sonrası dönemde hastanın solunumunu rahatlatmak için baş 30°-45° yükseltilmelidir.	Katılıyorum	D	73	100,0	6	100,0	11	100,0	10	100,0		
	Katılmıyorum	Y	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Fazla kilolu/obez hastalarda solunum kapasitesinde azalma, uyku apnesi görülme riski yoktur.	Katılıyorum	Y	1	1,4	1	16,7	-	0,0	3	30,0	17,481	0,001
	Katılmıyorum	D	72	98,6	5	83,3	11	100,0	7	70,0		
Fazla kilolu/obez hastalarda gastrik içeriğin aspirasyon riski normal kilolulara göre daha yüksektir.	Katılıyorum	D	71	97,3	6	100,0	6	54,5	9	90,0	24,287	0,000
	Katılmıyorum	Y	2	2,7	-	0,0	5	45,5	1	10,0		
Trakeostomosi olan fazla kilolu/ obez hastalarda trakeostomi kanülünün sabitlemesi kolay, çıkma riski daha azdır.	Katılıyorum	Y	20	27,4	4	66,7	5	54,5	2	20,0	5,651	0,130
	Katılmıyorum	D	53	72,6	2	33,3	6	45,5	8	80,0		
Ameliyat sonrası dönemde hastanın BİPAP(iki seviyeli pozitif havayolu basıncı),CPAP(sürekli pozitif havayolu basıncı) cihazına ihtiyacı olabilir.	Katılıyorum	D	53	72,6	3	50,0	8	72,7	10	100,0	6,634	0,085
	Katılmıyorum	Y	20	27,4	3	50,0	3	27,3	-	0,0		
Ameliyat öncesi dönemde hastanın derin solunum, öksürük egzersizleri ve yatak içi dönme egzersizleri, ekstremit e egzersizlerini öğrenmesi sağlanmalıdır.	Katılıyorum	D	73	100,0	6	100,0	11	100,0	10	100,0		
	Katılmıyorum	Y	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Derin ven trombozu ve pulmoner emboli görülme riski fazla kilolu/obez ve normal kilolu hastalarda aynı orandadır.	Katılıyorum	Y	13	17,8	1	16,7	1	9,1	1	10,0	0,838	0,840
	Katılmıyorum	D	60	82,2	5	83,3	10	90,9	9	90,0		
Antikuagulan profilaksisi, ameliyat öncesinde fazla kilolu/ obez hastalarda derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskine karşı uygulanmalıdır.	Katılıyorum	D	53	72,6	5	83,3	9	81,8	7	70,0	0,778	0,855
	Katılmıyorum	Y	20	27,4	1	16,7	2	18,2	3	30,0		

*D: Doğru **Y: Yanlış

Tablo 4-9: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının mezun oldukları bölüme göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (devam)(N=100)

Bakım girişimleri	Yanıtlar		Hemşirelik		Ebelik		ATT		Diğer		Anlamlılık	
			n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Derin ven trombozunu önlemek için alt ekstremitelere venöz kompresyon uygulanmalıdır.	Katılıyorum	D	62	84,9	4	66,7	9	81,8	7	70,0	2,357	0,502
	Katılmıyorum	Y	11	15,1	2	33,3	2	18,2	3	30,0		
Fazla kilolu/obez hastalarda ameliyat için gerekli olan; IV katater, NG, idrar katateri vb. takılması daha zor olduğu için hasta sedasyon altındayken uygulanması konforu sağlar.	Katılıyorum	D	67	91,8	5	83,3	8	72,7	10	100,0	5,311	0,150
	Katılmıyorum	Y	6	8,2	1	16,7	3	27,3	-	0,0		
Ağrı kontrolünü sağlamada IM yol daha uygun ve güvenlidir.	Katılıyorum	Y	27	37,0	4	66,7	3	27,3	4	40,0	2,679	0,444
	Katılmıyorum	D	46	63,0	2	33,3	8	72,7	6	60,0		
IM ilaç uygulamasında uzun enjektör iğnesi kullanılmalıdır.	Katılıyorum	D	66	90,4	5	83,3	10	90,9	10	100,0	1,451	0,694
	Katılmıyorum	Y	7	9,6	1	16,7	1	9,1	-	0,0		
Ağrı kontrolünü sağlamada IV yol daha uygun ve güvenlidir.	Katılıyorum	D	53	72,6	3	50,0	9	81,8	6	60,0	2,589	0,459
	Katılmıyorum	Y	20	27,4	3	50,0	2	18,2	4	40,0		
Fazla kilolu/ obez hastalarda basınç ülseri görülme riski normal kilolulara göre daha yüksektir.	Katılıyorum	D	73	100,0	6	100,0	4	36,4	10	100,0	60,899	0,000
	Katılmıyorum	Y	-	0,0	-	0,0	7	63,6	-	0,0		
Basınç ülserleri açısından 24 saatte bir hastanın cilt ve cilt katlantı yerleri gözlenmelidir.	Katılıyorum	Y	66	90,4	5	83,3	11	100,0	10	100,0	5,689	0,442
	Katılmıyorum	D	7	9,6	1	16,7	-	0,0	-	0,0		
Bilinci kapalı fazla kilolu/obez hastalara 2 saatte bir pozisyon verilmelidir.	Katılıyorum	D	73	100,0	6	100,0	11	100,0	10	100,0		
	Katılmıyorum	Y	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0		

*D: Doğru **Y: Yanlış

Tablo 4-10: Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının mezun oldukları bölüme göre fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları (devam)(N=100)

Bakım girişimleri	Yanıtlar		Hemşirelik		Ebelik		ATT		Diğer		Anlamlılık	
			n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Yara yerindeki drenlerin sabitlenmesi fazla yağ dokusu nedeniyle zordur ve özen gerektirir.	Katılıyorum	D	66	93,3	6	100,0	11	100,0	10	100,0	2,784	0,426
	Katılmıyorum	Y	7	6,7	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Yara yeri pansumanını sabitlemek için hastaya elastik kıyafetler giydirilebilir.	Katılıyorum	D	46	63,0	5	83,3	7	63,6	6	60,0	1,074	0,783
	Katılmıyorum	Y	27	37,0	1	16,7	4	36,4	4	40,0		
Fazla kilolu/ obez hastalarda idrar ve dışkı inkontinansı görülme oranı normal kilolulara göre daha yüksektir.	Katılıyorum	D	54	74,0	3	50,0	8	72,7	5	50,0	3,635	0,304
	Katılmıyorum	Y	19	26,0	3	50,0	3	27,3	5	50,0		
Ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyon hastanın iyileşme sürecini hızlandırır.	Katılıyorum	D	70	100,0	6	100,0	11	94,5	9	90,0	1,648	0,649
	Katılmıyorum	Y	3	0,0	-	0,0	-	5,5	1	10,0		
Fazla kilolu/obez hastanın, mobilizasyonu ve transportunda normal kilolu hastaya göre daha fazla sağlık çalışanına ihtiyaç vardır.	Katılıyorum	D	70	95,9	6	90,9	10	90,9	10	100,0	1,411	0,703
	Katılmıyorum	Y	3	4,1	-	9,1	1	9,1	-	0,0		

*D: Doğru **Y: Yanlış

Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının mezun oldukları bölüm ile fazla kilolu/obez hastaya uyguladıkları bakım girişimleri karşılaştırıldığında, “Fazla kilolu/obez hastalarda solunum kapasitesinde azalma, uyku apnesi görülme riski yoktur” sorusuna %30 oranıyla diğer (sağlık memuru, toplum sağlığı teknisyeni) bölüm mezunlarının “katılıyorum” diyerek yanlış yanıt verdiği; büyük bir çoğunlukla doğru yanıt veren hemşirelik (%98,6), ATT (%94,5) ve ebelik (%83,3) bölümü mezunlarından farklı olan bu sonucun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4-8).

“Fazla kilolu/obez hastalarda gastrik içeriğin aspirasyon riski normal kilolulara göre daha yüksektir” sorusuna en düşük ATT (%54,5) bölümü mezunları, en yüksek ebelik (%100), hemşirelik (%97,3) ve diğer (sağlık memuru, toplum sağlığı teknisyeni) (%90,0) bölüm mezunlarının doğru yanıt verdiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$; Tablo 4-8).

“Fazla kilolu/ obez hastalarda basınç ülseri görülme riski normal kilolulara göre daha yüksektir” sorusuna ATT bölümü mezunlarının %63,6’sının “katılmıyorum” diyerek yanlış yanıt verdiği; hemşirelik (%100,0), ebelik (%100,0) ve diğer (sağlık memuru, toplum sağlığı teknisyeni) (%100,0) bölüm mezunlarının tamamının bu soruyu doğru yanıtladıkları, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$; Tablo 4-8)

Diğer bakım girişim seçeneklerinde, mezun olunan bölümün istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmadığı, ancak “Basınç ülserleri açısından 24 saatte bir hastanın cilt ve cilt katlantı yerleri gözlenmelidir” sorusuna araştırmaya katılan ATT ve diğer bölüm mezunlarının %100’ü, hemşirelik bölümü mezunlarının %90,4’ü, ebelik bölümü mezunlarının %83,3’ü, ‘katılıyorum’ diyerek yanlış yanıt verdiği belirlendi (Tablo 4-8).

4.4. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Fazla Kilolu/Obez Hastaya Bakım Vermede İstekli Olma Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumları ile cinsiyet, yaş, BKİ, medeni durum, mezun olunan bölüm, eğitim durumu, fazla kilolu/obez hasta ile karşılaşma sıklığı, özel araç-gerecin bulunma durumunun karşılaştırılması ile elde edilen bulgulara yer verildi.

Tablo 4-11: Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu(N=100)

Fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu	n	%*
İstekli	48	48,0
İsteksiz	52	52,0

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %52'sinin, fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede isteksiz oldukları belirlendi (Tablo 4-9).

Tablo 4-12: Fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede isteksiz olma nedenleri (N=52)

İsteksizlik nedenleri**	n	%*
Çalışan sayısının yetersiz olması	24	46,1
Hastanın hareket ettirilmesinin zor olması	15	28,8
Özel araç-gereç eksikliği	20	38,5
Bakım vermenin güç, yorucu ve zaman alıcı olması	18	34,6
Bakım verenlerin yaralanma riskinin yüksek olması	15	28,8

*Satır yüzdesi alınmıştır.

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede isteksiz olma nedenleri incelendiğinde; fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede isteksiz olanların (N=52) %46,1'i çalışan sayısının yetersiz olduğunu, %38,5'i özel araç-gereç eksikliği olduğunu, %34,6'sı bakım vermenin güç yorucu ve zaman alıcı olduğunu bildirdi (Tablo 4-10).

Tablo 4-13: Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre bakım vermede istekli olma durumları (N=100)

Özellik		Fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu					
		İstekli		İsteksiz		Anlamlılık	
		n	%	n	%	χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	44	53,0	39	47,0	4,914	0,027*
	Erkek	4	23,5	13	76,5		
Yaş	<26	11	39,3	17	60,7	1,215	0,545
	26-30	24	52,2	22	47,8		
	>30	13	50,0	13	50,0		
Medeni Durum	Evli	30	53,6	26	46,4	1,583	0,208
	Bekar	18	40,9	26	59,1		
BKİ	<18,50(Zayıf)	4	23,5	13	76,5	11,020	0,004**
	18,50-24,99(Normal)	25	43,9	32	56,1		
	>25,00(Fazlakilolu/obez)	19	73,1	7	26,9		

*p<0,05 **p<0,01

Cinsiyet ile fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu incelendiğinde; erkeklerin (%76,5), kadınlara (%47) göre fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede daha fazla oranda isteksiz olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0,05; Tablo 4-11). BKİ ile fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu incelendiğinde; zayıf olan sağlık çalışanlarının (%76,5), normal (%56,1) ve fazla kilolu/obez sağlık çalışanlarına (%26,9) göre fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede daha fazla oranda isteksiz olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0,01; Tablo 4-11). Yaş ve medeni durum ile fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05; Tablo 4-11).

Tablo 4-14: Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine göre bakım vermede istekli olma durumları (N=100)

Özellik		Fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu					
		İstekli		İsteksiz		Anlamlılık	
		n	%	n	%	χ^2	p
Mezun oldukları bölüm	Hemşirelik	36	49,3	37	50,7	10,725	0,013*
	Ebelik	6	100,0	-	0,0		
	ATT	2	18,2	9	81,8		
	Diğer	4	48,0	6	52,0		
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	12	40,0	18	60,0	2,881	0,410
	Ön lisans	7	63,6	4	36,4		
	Lisans	28	50,9	27	49,1		
	Yüksek lisans	1	25,0	3	75,0		

*p<0,05

Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının mezun oldukları bölüm ile fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu incelendiğinde; ATT mezunlarının (%81,8), diğer bölüm mezunlarına göre bakım vermede daha fazla oranda isteksiz olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0,05; Tablo 4-12). Eğitim durumu ile fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05; Tablo 4-12).

Tablo 4-15: Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu ile ayda ortalama fazla kilolu/obez hastayla karşılaşma sıklığı ve özel araç-gereç bulunma durumunun karşılaştırılması (N=100)

Özellik		Fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu					
		İstekli		İsteksiz		Anlamlılık	
		n	%	n	%	χ^2	p
Karşılaşma sıklığı	<15	22	52,4	20	47,6	1,052	0,591
	15-25	9	39,1	14	60,9		
	>25	17	48,6	18	51,4		
Araç-gereç bulunma durumu	Var	16	51,6	15	48,4	0,235	0,628
	Yok	32	46,4	37	53,6		

Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının, fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumu ile ayda ortalama fazla kilolu/obez hastayla karşılaşma sıklığı ve özel araç-gereç bulunma durumu karşılaştırıldığında aralarında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05; Tablo 4-13).

Tablo 4-16: Fazla kilolu/obez hasta bakıma engel olabilecek etmenlerin dağılımı (N=100)

Sıralama	Hastanın kişilik yapısı		Sağlık çalışanının deneyim eksikliği		Sağlık çalışanı sayısında yetersizlik		Özel araç - gereç eksikliği		Sağlık çalışanının tutumu		Sağlık çalışanının konuya ilişkin özel bilgi yetersizliği		Bakım verenlerin güvenliğine yönelik sorunlar	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
1	14	14,0	-	0,0	32	32,0	27	27,0	2	2,0	13	13,0	12	12,0
2	6	6,0	12	12,0	31	31,0	29	29,0	6	6,0	7	7,0	10	10,0
3	9	9,0	16	16,0	13	13,0	14	14,0	8	8,0	18	18,0	23	23,0
4	9	9,0	16	16,0	10	10,0	13	13,0	15	15,0	31	31,0	7	7,0
5	8	8,0	36	36,0	7	7,0	5	5,0	15	15,0	13	13,0	16	16,0
6	21	21,0	12	12,0	3	3,0	5	5,0	31	31,0	11	11,0	15	15,0
7	33	33,0	8	8,0	4	4,0	7	7,0	23	23,0	7	7,0	17	17,0

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Fazla kilolu/obez hasta bakımına engel olabilecek etmenlerin önem sırasına göre dağılımı incelendiğinde, örneklem grubunun %32'sinin sağlık çalışanı sayısındaki yetersizliğine ilk sırada; %29'unun özel araç-gereç eksikliğine ikinci sırada; %23'ünün bakım verenlerin güvenliğine yönelik sorunlara üçüncü sırada; %31'inin sağlık çalışanının konuya ilişkin özel bilgi yetersizliğine dördüncü sırada; %36'sının sağlık çalışanının deneyim eksikliğine beşinci sırada; %31'inin sağlık çalışanının tutumuna altıncı sırada ve %33'ünün hastanın kişilik yapısına son sırada yer verdiği bulundu (Tablo 4-14).

5. TARTIŞMA

Dünyada, fazla kilo ve obezitenin prevalansının giderek arttığı ve epidemik boyutlara ulaşan bir sağlık sorunu haline geldiği bildirilmektedir. Obezitenin beraberinde getirdiği ve çoğunluğu kronik olan hastalıklar nedeniyle, bireylerin fonksiyonel durumları bozulmakta ve cerrahi girişim nedeniyle daha da artan bu sorun nedeniyle bağımlı bir hale gelen hastaların, özel bakım gereksinimleri de artmaktadır (Green ve Gillett 1998; Garza 2004; Dunn 2005; Camden 2006).

Bu kapsamda, cerrahi hemşirelerin fazla kilolu/obez hasta bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştiren çalışmadan elde edilen bulgular, literatür bilgileri ve benzer çalışma sonuçları ile dört ana başlık altında tartışıldı.

- Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,
- Fazla kilolu/obez hasta bakımı için gerekli özel araç-gereç bulunma durumuna/kullanımına ilişkin bulguların tartışılması,
- Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hasta bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarına ilişkin bulguların tartışılması,
- Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumlarına ilişkin bulguların tartışılması.

5.1. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %46'sının 26-30 yaş aralığı grubunda ve %83'ünün kadın olduğu belirlendi (Tablo 4-1). Örneklem grubunun sosyo demografik özelliklerinin, Poon ve Tarrant (2009) ve Drake ve arkadaşları (2008) tarafından, obez hastaya bakım veren hemşireler üzerinde gerçekleştirilen çalışma sonuçlarına benzerlik gösterdiği; ancak Drake ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, bu çalışmadan farklı olarak hemşirelerin yaş ortalamasının (44,6) daha ileri olduğu görüldü.

Poon ve Tarrant'ın (2009) çalışmasında, obez hastalara bakım veren fazla kilolu/obez hemşire oranı %4,9 olarak belirlenirken, bu çalışmada ise %26 olarak bulundu (Tablo 4-1). Aradaki bu farkın, Poon ve Tarrant'ın (2009) yaptığı çalışmanın örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin etnik kökenlerinden (Çin-Asya) kaynaklanabileceği düşünüldü.

Eğitim durumu ve mezuniyet yılı açısından örneklem grubu incelendiğinde; araştırmaya katılanların %55'inin lisans mezunu ve %44'ünün 2006 yılı ve sonrasında eğitimlerini tamamladığı saptandı (Tablo 4-1). Sağlık çalışanlarının eğitim durumlarının yüksek, ancak deneyimlerinin 5 yıldan daha az olduğunu gösteren, Poon ve Tarrant'ın (2009) çalışma bulgularına paralel olan bu sonucun, araştırmanın yapıldığı kurumun yapılanmasının yeni olmasına (5 yıl) bağlı olarak ortaya çıktığı söylenebilir.

Araştırmaya katılanların, %73'ünün hemşirelik, %11'inin ATT, %7'sinin toplum sağlığı teknisyeni mezunu olduğu, ATT ve toplum sağlığı teknisyenlerinin mezun oldukları bölümler yerine, yataklı servislerde hemşire statüsünde çalıştırıldığı belirlendi (Tablo 4-2). Örneklem grubunun çoğunluğunun hemşirelik bölümü mezunu olması, yataklı tedavi kurumlarında olması gereken ve doğal bir durum olarak değerlendirilirken, hemşirelik eğitimi almayan %21 oranında diğer grubun (ATT, toplum sağlığı teknisyenliği, sağlık memurluğu) yataklı tedavi kurumunda hemşirelik statüsünde çalışıyor olması, nitelikli bakım sunumu açısından olumsuz ve düşündürücü bir durum olarak değerlendirildi.

Sağlık çalışanlarının görev aldıkları servisler incelendiğinde; %13'ünün genel cerrahi, aynı oranda sağlık çalışanının jinekoloji ve obstetrik servisinde, %12'sinin çocuk cerrahi servisinde, %11'inin nöroşirürji-plastik cerrahi, aynı oranda sağlık

alışanının cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, göz-KBB, üroloji-ortopedi, nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde daha az sayıda sağlık çalışanının çalıştığı belirlendi. Örneklem grubundaki sağlık çalışanlarının %63'ünün görev aldıkları servislerde 1-5 yıl arasında hizmet verdikleri saptandı (Tablo 4-2). Araştırmanın, yapılanması yeni olan (5 yıl) bir kurumda gerçekleştirilmiş olmasının, sonuç üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının %35'i, ayda 25'den fazla, %23'ü de ayda 15-25 arasında fazla kilolu/obez hasta ile karşılaştıkları, bu kapsamda çoğunluğu göğüs cerrahi, genel cerrahi ve üroloji-ortopedi servislerinde görev alan sağlık çalışanlarının oluşturduğuna ilişkin elde edilen sonuç, obezitenin gelişiminde çok farklı faktörler etkili olsa da, araştırmanın yapıldığı kurumun lokalizasyonu nedeniyle, hizmet alanların çoğunluğunu sosyo-ekonomik açıdan sınırlı olanaklara sahip bireylerin oluşturduğu, bağılı olarak yanlış ve kötü beslenme nedeniyle obezite sorunu yaşadıklarını akla getirmektedir (Tablo 4-3, Tablo 4-4).

5.2. Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımı İçin Özel Araç-Gereç Bulunma Durumuna/Kullanımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatürde, hastanın ve çalışanın güvenliğini sağlamak, verilen bakımın kalitesini arttırmak amacıyla obez hastalar için özel araç-gereç kullanımının gerekliliği vurgulanmaktadır. Hastanın ölçülerine uygun olmayan tansiyon aleti ile yapılan ölçümlerin doğru sonuç vermeyeceği, hastaya ölçülerine uygun olmayan ameliyat önlüğünün giydirilmesi ile mahremiyetine özen gösterilemeyeceği, aynı şekilde uygun ekipman ile taşıma yapılmadığında basınç yaralarının görülme riskinin ve hastanın düşme/yaralanma, hemşirenin yaralanma riskinin arttığı belirtilmektedir (Barr ve Cunneen 2001; Gallagher 2002; Hahler 2002; Wilson ve Clark 2003).

Singh ve arkadaşlarının (2007) acil birimde ki obez hastalar için araç-gerecin yeterliliğini konu alan çalışmasında, BKİ arttıkça mevcut olan yatak, tuvalet ve ameliyat önlüğünün yetersiz kaldığı belirlenmiştir. Drake ve arkadaşları (2008) tarafından klinik, poliklinik ve halk sağlığı hemşireleri ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların % 42'si obez hastaya bakım vermede özel araç-gerecin olması gerektiğini belirtmiş, %61,3'ü de çalıştıkları alanlarda mevcut araç-gerecin obez hastaya uygun ve yeterli olduğunu ifade etmiştir.

Bu çalışmada, fazla kilolu/obez hasta bakımında gerekli özel araç-gerecin sağlık çalışanlarının görev aldıkları servislerde bulunma durumu incelendiğinde; %74'ü büyük boy tansiyon aletinin, %70'i büyük beden ameliyat önlüğünün, %78'i büyük tekerlekli sandalyenin, %65'i büyük sedyenin, %75'i büyük karyolanın, %76'sı tartının, %68'i ofis tipi sandalyenin olmadığını bildirdi (Tablo 4-5). Drake ve arkadaşlarının (2008) çalışmasından farklı olan bu durum, tedavi ve bakım girişimlerinde obez hastalara uygun ölçüde araç-gerecin olmaması durumunda, olası riskler konusunda, kurumsal temelde bilgi eksikliği olduğunu, konuya duyarsız kalındığını ya da yönetimsel/ekonomik nedenlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

5.3. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Cerrahi girişim deneyimleyecek obez hastalarda var olan kronik durumları nedeniyle, ameliyat sonrası komplikasyon görülme riski yüksek olup, bağlı olarak hastanede kalış süreleri uzamaktadır. Ayrıca cerrahi girişimden kaynaklanan yaşam kaybının, normal kilolulara göre daha yüksek olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır.

Bütün bu riskler nedeniyle hemşirelik bakımı, hastaların iyileşme sürecinde büyük önem kazanmaktadır. Hastanın tanınması, izlemi, uygun ve güvenli şekilde hareket ettirilmesi, cilt ve yara bakımının sağlanması, ilaç uygulamalarında obeziteye bağlı olası riskler yönünden dikkatli olunması, hastanın bakımında önem kazanan başlıca konular arasındadır (Green ve Gillett 1998; Hahler 2002).

Literatür bilgisi ve yapılan çalışmalarda, derin ven trombozu ve pulmoner emboli görülme riskinin obez hastalarda normal kilolulara göre daha yüksek olduğu, bariyatrik cerrahi hastalarında pulmoner embolinin, mortalite nedenleri arasında bağımsız risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Livingston ve ark. 2002; Fernandez ve ark. 2004).

Araştırmaya katılan yüksek lisans mezunu sağlık çalışanlarının (%75), literatür bilgisi ve çalışma bulgularından farklı olarak, fazla kilolu/obez hastalarda derin ven trombozu ve pulmoner emboli görülme riskinin normal kilolu hastalarla aynı oranda olacağını belirttiği, sağlık meslek lisesi (%93,3), lisans (%85,5) ve ön lisans (%72,7) mezunlarından farklı olan bu sonucun, istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlendi (Tablo 4-7). Temel bir bilginin, yüksek lisans mezunu sağlık çalışanlarının çoğunluğu tarafından yanlış yanıtlanması, beklenmeyen ve şaşırtıcı bir durum olarak değerlendirildi.

Obez hastalarda yağ dokusunda damarlanmanın azalmasıyla ilişkili olarak, yara iyileşmesinde gecikme ve cilt bütünlüğünde bozulma riski yüksektir. Ayrıca, cilt katlantı yerlerinin neme bağlı fazla bakteri barındırması, kemik çıkıntıları üzerindeki basıncın fazla olması, hastanın hareket kısıtlılığı ve inkontinans cilt bütünlüğü bozulma riskini arttırmaktadır (Hahler 2002; Garza 2004; Harrington 2006; Baugh ve ark. 2007; Barth ve Jenson 2010).

Çalışma grubuna, bu literatür bilgileri doğrultusunda, ‘fazla kilolu/obez hastalarda basınç ülseri görülme riski normal kilolulara göre daha yüksektir’ sorusu sorulduğunda, sağlık meslek lisesi mezunlarının (%23,3) (Tablo 4-7) ve ATT bölümü mezunlarının (%63,6) (Tablo 4-8) bu konuda yanlış bilgiye sahip olduklarını ve elde edilen bulguların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Hemşirelik dışı sağlık çalışanlarının yataklı tedavi kurumlarında çalıştırılmasına ilişkin (Tablo 4-2) yorumumuzu destekleyen bu sonuç, Türkiye’de farklı düzeyde ve nitelikte verilen hemşirelik eğitiminin de doğal bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Fazla kilolu/obez hastalarda, cilt altı yağ dokusunun ve cilt katlantı yerlerinin fazla olması nedeniyle, ameliyat sonrası dönemde yara yerinin temiz kalması için yapılan pansumanın sabitlenmesi güçtür. Hastaya giydirilecek elastik kıyafetler, pansumanın sökülmesi ve açılmasını engellemeye yardımcı olabilir (Hahler 2002; Harrington 2006; Barth ve Jenson 2010).

Örneklem grubundaki lisans mezunu sağlık çalışanlarının (%50,9) fazla kilolu/obez hastalarda pansumanın sabitlenmesi için elastik kıyafetlerin etkili olmayacağını söyleyerek yanlış yanıt verdiği; ön lisans (%100,0), yüksek lisans (%100,0) ve sağlık meslek lisesi (%73,3) mezunu sağlık çalışanlarının verdikleri doğru yanıtlarla karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ancak lisans mezunu sağlık çalışanlarının aleyhine olan ve beklenmeyen bu sonucun, kuramsal bilgilerinin dışında, çalıştıkları servislerde bakım verdikleri farklı özellikteki hastalarla yaşadıkları deneyimlerin de hasta bakım uygulamalarında etkili olabildiğini düşündürdü (Tablo 4-7).

Obstrüktif uyku apnesi ve hipoventilasyon sendromu, obez hastalarda yaygın görülen bir sorundur. Grunstein ve arkadaşlarının (1993), uyku apnesi ve santral obezite arasında doğrusal ilişki olduğunu buldukları çalışmadan farklı olarak; bu çalışmada, örneklem grubundaki diğer (toplum sağlığı teknisyenliği ve sağlık memurluğu) bölüm mezunu olup hemşirelik statüsünde çalışanların %30'u, fazla kilolu/obez hastalarda solunum kapasitesinde azalma ve uyku apnesi görülme riskinin olmayacağını bildirerek yanlış yanıt verdiğiğine ilişkin elde edilen sonucun, alınan eğitimle doğrudan ilişkili ve verilen hemşirelik bakımını olumsuz yönde etkileyebileceği kanısını uyandırdı (Tablo 4-8).

Obez hastalarda karın içi basıncının artması aspirasyon riskini de beraberinde getirmektedir. Harter ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları bir çalışmada, obez hastalarda mide içeriğinin miktarının, normal kilolulara göre 25 ml daha fazla olduğu ve pH<2,5 olduğunu bildirilmektedir.

Araştırmaya katılan ATT bölümü mezunlarının (%45,5), hemşirelik bölümü mezunlarından (%2,7) istatistiksel olarak anlamlı fark yaratacak şekilde, fazla kilolu/obez hastalarda gastrik içeriğin aspirasyon riskinin normal kilolu hastalara göre daha yüksek olmayacağını belirterek yanlış yanıt verdiği görüldü (Tablo 4-8). Aspirasyon riskinin ameliyat sonrası önemli bir komplikasyon olduğu gerçeği dikkate

alındığında, bu durum özellikle hemşirelik dışı eğitim alanların yataklı tedavi kurumlarında çalıştırılmaları bir zorunluluk olduğunda, mutlaka kuramsal ve uygulamalı hizmet içi eğitim almaları gerektiğini ortaya çıkarmaktadır.

Fazla kilolu/obez hastalarda basınç ülserlerinin görülme riskinin normal kilolu hastalara göre daha yüksek olması nedeniyle, hastanın cilt ve cilt katlantı yerlerinin 24 saat yerine daha kısa aralıklarla gözlenmesi gerektiği literatürde vurgulanmaktadır (Garza 2004). Ancak, araştırmaya katılan cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu literatür bilgisinden farklı olarak hastanın cildinin 24 saatte bir gözlenmesinin yeterli olacağını belirtmiştir (Tablo 4-6). Sonuç, sağlık çalışanlarının obez hasta bakımında, normal kilolu hastalara göre farklı olan bakım girişimlerindeki bilgi eksikliklerinin giderilmesi için hizmet içi eğitimler, vaka sunumları, seminerler ile desteklenmeleri gerektiğini düşündürdü.

Obez hastalarda kısa ve geniş boyun, orofarenkste ki fazla yağ dokusu nedeniyle hava yolu açıklığını devamını sağlamak zorlaşmakta, yine karındaki fazla yağ dokusu nedeniyle akciğerlerin genişleme kapasitesi azalmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde hastanın başının 30°- 45° yükseltilmesi solunumu rahatlatmayı sağlamaktadır. Ayrıca şişman hastalarda atelettazi ve pnömonini riskini azaltmak ve iyileşme sürecini hızlandırmak için, ameliyat öncesi dönemde hastaya derin solunum, öksürük egzersizleri ve yatak içi dönme egzersizleri, ekstremitte egzersizlerini öğretilmeli ve ameliyat sonrası dönemde uygulatılmalıdır. Eğer hastanın bilinci kapalı ise 2 saatte bir hastaya pozisyon verilerek hastanın hareket ettirilmesi sağlanmalıdır (Hahler 2002; Davidson ve ark. 2003; Charlebois ve Wilmoth 2004; Grindel ve Grindel 2006; Harrington 2006; Barth ve Jensen 2010).

Bu literatür bilgileri ile ilişkili olarak sorulan sorulara, katılımcıların tamamının doğru yanıt verdiği, eğitim durumu ve mezun olunan bölümün sonuç üzerinde farklılık yaratmadığı saptandı (Tablo 4-7; Tablo 4-8). Ameliyat sonrası olası komplikasyonların önlenmesinde temel hasta bakım girişimlerine ilişkin elde edilen bu sonuç, beklenen ve sevindirici bir bulgu olarak değerlendirildi.

5.4. Cerrahi Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Fazla Kilolu/Obez Hastaya Bakım Vermede İstekli Olma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Fazla kilolu/obez hastalarda, ameliyat sonrası dönemde görülen komplikasyonlar, mevcut kronik hastalıklar, iyileşme sürecinin uzun olması gibi

etmenler, hemşirelik bakımının önem kazanmasını sağlarken, hastanın hareket ettirilmesinin güç olması, çalışanların yaralanma riskinin yüksek oluşu, bakımın zor ve fazla zaman alıcı olması, sağlık çalışanlarının obez hastaya bakım verirken isteksiz ve hoşnutsuz olmalarına neden olabilmektedir (Hahler 2002).

Drake ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada, hemşirelerin % 48'inin obez hastaya bakım vermede isteksiz olduğu, benzer olarak Poon ve Tarrant'ın (2009) çalışmasında da hemşirelerin, seçim sansı verilse %45,8'inin obez hastaya bakım vermeyi tercih etmeyeceklerini bildirdiği görülmüş. Bu iki çalışmaya benzer olarak bu çalışmada sağlık çalışanlarının %52'sinin obez hastaya bakım vermede isteksiz oldukları belirlendi (Tablo 4-9). Obezitenin giderek artan bir sağlık sorunu olması nedeniyle, sağlık çalışanlarının isteksizliğinin de artan obez hasta sayısı ile orantılı olarak artacağı, bu durumun da verilen bakımın niteliğini düşüreceği dikkate alınarak, örgün ve mezuniyet sonrası eğitim ile kurum politikalarında bu konunun önemsenmesi ve gerekli girişimlerde bulunulmasının yararlı olabileceği düşünüldü.

Rose ve arkadaşları (2007), obez ve obez olmayan hastaya bakım vermede hemşirenin harcadığı zaman ve hemşire sayısını karşılaştırdıkları çalışmada, hemşirenin, obez hastanın yürütülmesinde normal kilolu hastaya göre 3 kat daha fazla zaman harcadığını ve 2,4 kat daha fazla çalışana ihtiyaç olduğunu saptamıştır.

Bu çalışmada, fazla kilolu/obez hastaya bakım vermekte istekli olmayanlara bu durumun nedenleri sorulduğunda; %46,1'i çalışan sayısının yetersiz olduğunu, %38,5'i özel araç-gereç eksikliği olduğunu, %34,6'sı bakım vermenin güç yorucu ve zaman alıcı olduğunu, %28,8'i hastanın hareket ettirilmesini zor olduğunu, aynı oranda sağlık çalışanının ise bakım verenlerin yaralanma riskinin yüksek olduğunu bildirdiği görüldü (Tablo 4-10). Fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olmayan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun (%46,1) çalışan sayısının yetersizliğini isteksizlik nedenleri aralarında belirtmeleri, Rose ve arkadaşlarının (2007) çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Poon ve Tarrant'ın (2009) çalışmasında, erkeklerin kadın hemşirelere göre obez hastaya bakım vermeyi daha rahatsız edici buldukları ve obez hastalara karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu sonucuna varılırken, Brown ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada ise cinsiyet ile obez hastaya karşı olan tutum arasında bir ilişki bulunmamış. Bu çalışmada, örneklem grubundaki erkek sağlık çalışanlarının (%76,5),

kadın sağlık çalışanlarına (%47,0) göre, obez hastaya bakım vermede daha isteksiz oldukları aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4-11). Poon ve Tarrant'ın (2009) çalışma bulgusuna benzerlik gösteren bu durum, kadınların doğası ile sosyal yaşamdaki rol ve sorumluluklarının doğal bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Culbertson ve Smolen'in (1999) hemşirelerin obez hastaya karşı tutumlarını inceledikleri araştırmada, hemşirelerin yaşı büyüdükçe, obez hastaya karşı tutumlarının daha olumlu olduğu bulunurken; çoğunluğu <26-30 yaş arasında sağlık çalışanlarının oluşturduğu (Tablo 4-1) bu çalışmada, yaş ile obez hastaya bakım vermede istekli olma arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 4-11).

Farklı veri toplama araçlarının kullanıldığı çeşitli çalışmalarda, bakım verenlerin obez ya da zayıf olmalarına bağlı olarak, obez hastaya karşı tutumlarının, davranışlarının etkilenebileceği vurgulanmaktadır. Culbertson ve Smolen (1999) hemşirelerin kilolu olma durumları ile obez hastaya karşı tutumları arasında bir ilişki bulamazken, Poon ve Tarrant'ın (2009) çalışmasında yer verdiği, Bagley ve arkadaşları (1989) obez hemşirelerin, obez hastalara karşı olumsuz; Brown ve arkadaşları (2007) ise kısmen olumsuz tutum içinde olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada, fazla kilolu/obez sağlık çalışanlarının %73,1'inin fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olduğunun belirlenmesi Bagley ve arkadaşlarının (1989) çalışma sonucuna zıtlık göstermekte; Brown ve arkadaşlarının (2007) çalışma bulgularını desteklemektedir. (Tablo 4-11). Sonuç, fazla kilolu/obez sağlık çalışanlarının bireysel değerlerinin yanısıra kısmen de olsa obeziteye bağlı bazı sorunları kendilerinin de yaşaması nedeniyle, obez hastaya bakım verirken daha rahat empati kurabildiklerinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Örneklem grubunun mezun oldukları bölüm ile fazla kilolu obez hastaya bakım vermede istekli olma durumları incelendiğinde; hemşirelik (%50,7), ebelik (%0,0) ve diğer (%52,0) bölüm mezunlarına göre ATT bölümü mezunu olup hemşire statüsünde çalışanların büyük bir çoğunlukla (%81,8), fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede isteksiz oldukları, farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulundu (Tablo 4-12). Sonucun, kurumun personel yetersizliğini çözme stratejilerinden biri olarak hemşirelik felsefesi eğitimi almamış farklı bölüm mezunlarının hemşire statüsünde çalıştırılmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının, obez hastaya karşı olan tutumlarının incelendiği ve Brown'un (2006) çalışmasında yer verdiği, Bagley ve arkadaşları (1989), eğitim durumu yüksek olan hemşirelerin obez hastalara karşı olumlu tutum içinde olduğunu bulurken; Brown ve arkadaşları (2007) hemşirelerin eğitim durumu ile obez hastaya karşı tutumları arasında bir fark bulmamıştır. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile obez hastaya karşı olan tutumları arasında bir fark olmamasına ilişkin elde edilen sonuç, Brown ve arkadaşlarının (2007) çalışma bulgusuna paralellik göstermektedir (Tablo 4-12).

Drake ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada, fazla kilolu/obez hastaya bakım veren hemşirelerin, fazla kilolu/obez hastalarla karşılaşma sıklığı arttıkça memnuniyet oranlarında arttığı bulunmuştur. Bu çalışmada, fazla kilolu/obez hastayla karşılaşma sıklığı ve bakım vermeden hoşnut olma arasındaki fark incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılamadı, ancak sayısal olarak elde edilen bulgular incelendiğinde, fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olan sağlık çalışanlarının %52,4'ünün ayda ortalama 15'den az fazla kilolu/obez hasta ile karşılaştıkları bulundu. Drake ve arkadaşlarının (2008) çalışma bulgusuna zıtlık gösteren bu sonucun, az sayıda hastaya bakım vermekle ilgili olabileceği düşünüldü (Tablo 4-13).

Drake ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında, klinikte çalışan hemşirelerin, obez hasta bakımı için gerekli özel araç-gerece ulaşılabilir olma durumları ile, fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olmaları arasında doğru orantılı bir ilişkiye rastlanırken, bu çalışmada fazla kilolu/obez hasta bakımı için gerekli olan araç-gerecin varlığı ile sağlık çalışanlarının obez hastaya bakım vermede istekli olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4-13).

Fazla kilolu/obez hasta bakımında, bakım vericiler olarak hemşirelerin biyo-psiko-sosyal özelliklerinin yanısıra hastanın tedavi ve bakım hizmeti aldığı kurumun fiziksel özellikleri, uygun araç-gereç ve yeterli sayıda personel bulunması gibi değişkenlerin etkili olduğu belirtilmektedir.

Culbertson ve Smolen (1999) çalışmasında, obez hastaya bakım vermeyi, fiziksel olarak yorucu bulan hemşirelerin oranını %58, rahatsızlık verici olarak niteleyen hemşirelerin oranını %38,3 olarak bildirmiş; Poon ve Tarrant'ın (2009) çalışmasında ise bu oranlar %47,1 ve %47,4 şeklinde belirtilmiştir.

Literatürde, hastanın ağırlığı arttıkça bakım vermenin, daha zor ve tehlikeli hale gelip yaralanma riskinin arttığı, ancak uygun araç-gereç ve yeterli sayıda sağlık çalışanı ile, bu riskin azaltılabileceği vurgulanmaktadır (Hahler 2002; Brown 2003; Humphreys 2007). Türkiye’de profesyonel hastane çalışanlarında bel ağrısı prevalansı ve bel ağrısını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada, sağlık sektöründe çalışanlar arasında en çok hemşirelerde bel ağrısının görüldüğü bulunmuş (Altınel ve ark 2007); Smedley ve arkadaşları da (1995), hemşirelerin hastaya bakım verme sırasında bel ağrısı yaşadıkları aktivitelerin, hastanın ayağa kaldırılması, yatak içinde döndürülmesi ve yataktan sandalyeye geçirilmesi olduğunu bildirilmiştir.

Drake ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada, obez hastaya bakım vermek ile ilgili hemşirelerin memnuniyet düzeyini etkileyen faktörler arasında, hastanın kişilik yapısının %41,2 oranıyla ilk sırada, hemşirenin tutumunun %23,5 oranıyla ikinci sırada, çalışan sayısındaki yetersizliğin ise %16,4 oranıyla son sırada yer aldığı saptanmıştır.

Bu çalışmada, fazla kilolu/obez hasta bakımına engel olabilecek etmenlerin dağılımı incelendiğinde; örneklem grubunun %32’sinin sağlık çalışanı sayısındaki yetersizliği ilk sırada; %29’unun özel araç-gereç eksikliğini ikinci sırada; %23’ünün bakım verenlerin güvenliğine yönelik sorunları üçüncü sırada; %31’inin sağlık çalışanının konuya ilişkin özel bilgi yetersizliğini dördüncü sırada; %36’sının sağlık çalışanının deneyim eksikliğini beşinci sırada; %31’inin sağlık çalışanının tutumunu altıncı sırada ve %33’ünün hastanın kişilik yapısını son sırada yer verdiği bulundu (Tablo 4-14). Drake ve arkadaşlarının (2008) çalışma bulguları ile farklılık gösteren ve sağlık çalışanı, araç gereç yetersizliği gibi maddi değerlerin ilk sırada yer almasına ilişkin bu sonuç, çalışmaların farklı kültürlerle sahip ülkelerde yapılmış olmasının yanı sıra fazla kilolu/obez hastanın tedavi ve bakımına ilişkin kurum politikalarının yetersiz olduğu ya da konunun yeterince önemsenmediği izlenimini vermektedir.

5.5. Sonuç ve Öneriler

Cerrahi hemşirelerinin fazla kilolu/obez hastaya bakım vermeye ilişkin bilgi, uygulamaları ve bakım vermede istekli olma durumlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada;

- Çalışanların çoğunluğunu genç (<26-30 yaş) (%74) ve 1-5 yıl süre (%63) ile cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının oluşturduğu; göğüs cerrahisinde (%80) ve genel cerrahide (%76,9) çalışanların ayda 25'den fazla; çocuk cerrahisi (%100), nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde (%85,7) ve cerrahi yoğun bakım ünitesinde (%63,6) çalışanların ise ayda 15'den az fazla kilolu/obez hasta ile karşılaştığı; çoğunluğunun (%69) çalıştıkları servislerde hastaya uygun ölçüde ve yeterli sayıda araç-gereç bulunmadığını ifade ettiği,
- Cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hasta bakımına ilişkin bilgi ve uygulamaları incelendiğinde; “Ameliyat sonrası dönemde hastanın solunumunu rahatlatmak için baş 30°- 45° yükseltilmelidir”, “Ameliyat öncesi dönemde hastanın derin solunum, öksürük egzersizleri ve yatak içi dönme egzersizleri, ekstremit e egzersizlerini öğrenmesi sağlanmalıdır” ve “Bilinci kapalı fazla kilolu/obez hastalara 2 saatte bir pozisyon verilmelidir” sorularına %100'ünün doğru yanıt verdiği; “Basınç ülserleri açısından 24 saatte bir hastanın cilt ve cilt katlantı yerleri gözlenmelidir” sorusuna ise %92'sinin “katılıyorum” diyerek yanlış yanıt verdiği,
- Sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile fazla kilolu/obez hastaya uyguladıkları bakım girişimleri karşılaştırıldığında; “Derin ven trombozu ve pulmoner emboli görülme riski fazla kilolu/obez ve normal kilolu hastalarda aynı orandadır” sorusuna %75 oranıyla yüksek lisans mezunlarının “katılıyorum” diyerek yanlış yanıt verdiği; büyük bir çoğunlukla doğru yanıt veren sağlık meslek lisesi (%93,3), lisans (%85,5) ve ön lisans (%72,7) mezunlarından farklı olan bu sonucun, istatistiksel olarak da anlamlı olduğu; “Fazla kilolu/ obez hastalarda basınç ülseri görülme riski normal kilolulara göre daha yüksektir” sorusuna sadece sağlık meslek lisesi mezunlarının %23,3 oranında “katılmıyorum” diyerek yanlış yanıt verdiği; ön lisans (%100,0), lisans (%100,0) ve yüksek lisans (%100,0) mezunlarının tamamının bu soruyu doğru yanıtladıkları, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; “Yara yeri pansumanını sabitlemek için hastaya elastik kıyafetler giydirilebilir” sorusuna en düşük lisans mezunları (%49,1), en yüksek ön lisans (%100,0), yüksek lisans (%100,0) ve sağlık meslek lisesi

(%73,3) mezunlarının doğru yanıt verdiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu,

- Sağlık çalışanlarının mezun oldukları bölüm ile fazla kilolu/obez hastaya uyguladıkları bakım girişimleri karşılaştırıldığında; “Fazla kilolu/obez hastalarda solunum kapasitesinde azalma, uyku apnesi görülme riski yoktur” sorusuna %30 oranıyla diğer (sağlık memuru, toplum sağlığı teknisyeni) bölüm mezunlarının “katılıyorum” diyerek yanlış yanıt verdiği, büyük bir çoğunlukla doğru yanıt veren hemşirelik (%98,6), ATT (%94,5) ve ebelik (%83,3) bölümü mezunlarından farklı olan bu sonucun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu; “Fazla kilolu/obez hastalarda gastrik içeriğin aspirasyon riski normal kilolulara göre daha yüksektir” sorusuna en düşük ATT (%54,5) bölümü mezunları, en yüksek ebelik (%100), hemşirelik (%97,3) ve diğer (sağlık memuru, toplum sağlığı teknisyeni) (%90,0) bölüm mezunlarının doğru yanıt verdiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu; “Fazla kilolu/obez hastalarda basınç ülseri görülme riski normal kilolulara göre daha yüksektir” sorusuna ATT bölümü mezunlarının %63,6’sının “katılmıyorum” diyerek yanlış yanıt verdiği; hemşirelik (%100,0), ebelik (%100,0) ve diğer (sağlık memuru, toplum sağlığı teknisyeni) (%100,0) bölüm mezunlarının tamamının bu soruyu doğru yanıtladıkları, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede istekli olma durumları incelendiğinde; erkeklerin (%76,5) ve ATT (%81,8) bölüm mezunlarının obez hastaya bakım vermede isteksiz oldukları; fazla kilolu/obez sağlık çalışanlarının (%73,1), zayıf sağlık çalışanlarına (%23,5) göre fazla kilolu/obez hasta bakımında daha istekli oldukları;
- Sağlık çalışanlarının fazla kilolu/obez hastaya bakım vermede isteksizlik nedenlerine bakıldığında; ilk üç sırada çalışan sayısının yetersizliği (%46,1), özel araç-gereç eksikliği (%38,5), bakım vermenin güç yorucu ve zaman alıcı (%34,6) olması gibi faktörlere yer verdikleri,
- Fazla kilolu/obez hasta bakımına engel olabilecek etmenler arasında sağlık çalışanı sayısındaki yetersizliğinin (%32) ilk sırada; özel araç-gereç eksikliğinin (%29) ikinci sırada; bakım verenlerin güvenliğine yönelik

sorunların (%23) üçüncü sırada; sağlık çalışanlarının konuya ilişkin özel bilgi yetersizliğinin (%31) dördüncü sırada; sağlık çalışanlarının deneyim eksikliğinin (%36) beşinci sırada; sağlık çalışanlarının tutumunun (%31) altıncı sırada ve hastanın kişilik yapısının (%33) son sırada yer aldığı belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Evrensel bir sorun olan ve ülkemizde insidansı giderek artan obezite ile ilgili özellikle yataklı tedavi hizmeti veren sağlık kurumlarının, fiziksel yapı/donanım, araç-gereç ve sağlık çalışanı açısından, nitel ve nicel artışı sağlayacak politikaların belirlenmesi ve yaşama geçirilmesi,
- Fazla kilolu/obez hasta bakımına ilişkin hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik, kuramsal ve uygulamaya ilişkin gelişmelerin izlenmesi ya da bilgilerinin güncellenmesi amacıyla etkin hizmet içi eğitim programlarının oluşturulması,
- Hemşirelik eğitimi almayan sağlık çalışanlarına mümkün olduğunca yataklı tedavi kurumlarında hasta bakımı sorumluluğunun verilmemesi; zorunluluk durumunda kuramsal bilgi ve uygulama deneyimlerini geliştirecek oryantasyon programlarının uygulanması,
- Hemşirelik eğitiminde (sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans, yüksek lisans), hemşirelik felsefesi, mesleki, bireysel ve sosyal değerlerin öneminin vurgulanması ve kavratılması,
- Ülke gereksinimleri dikkat alınarak verilecek hemşirelik eğitiminde, niceliği sağlamaya yönelik uygulamaların yanında, nitelikli hemşire yetiştirilmesine hizmet eden eğitim politikalarından ödün verilememesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Altinel, L., Köse, K.Ç. ve Altinel, E.C. (2007). Profesyonel hastane çalışanlarında bel ağrısı prevalansı ve bel ağrısını etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, **5 (3)**, 115-120. Erişim: 12.12.2011, <http://tader.org/tader53/Aralik2007-39-44.pdf>.

Altunkaynak, B.Z. ve Özbek, E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, **13 (4)**, 138-142. Erişim: 01.03.2011, <http://vantipdergisi.yyu.edu.tr/2006-4/138-142.pdf.pdf>.

Arzouman, J., Lacovara, J. E., Blackett, A., McDanold, P.K., Traver, G. ve Bartholomeaux, F. (2006). Developing a comprehensive bariatric protocol: a template for improving patient care. *Medsurg Nursing*, **15(1)**, 21-26. Erişim: 01.03.2011, http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_1_15/ai_n17212082/.

Bağrıaçık, N., Onat, H., İlhan, B., Tarakçı, T., Oşar, Z., Özyazar, M. ve ark. (2009). Obesity profile in Turkey. *International Journal of Diabetes and Metabolism*, **17**, 5-8. Erişim: 01.03.2011, http://ijod.uaeu.ac.ae/iss_1701/b.pdf.

Bahar, Z. (2004). Verilerin çözümlenmesinde istatistiksel yöntemler. İçinde Erefe, İ.(Ed.), *Hemşirelikte Araştırma*. Ankara: Odak; 189-210.

Bahçeci, M. (2006). Obezite. 8. *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi 13-17 Eylül 2006*. Erişim: 01.03.2011, <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/8/47.pdf>.

Balcıoğlu, İ. ve Başer, S.Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, **64**, 341-348. Erişim: 01.02.2011, <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/62/6232.pdf>.

Barr, J. ve Cunneen, J. (2001). Understanding the bariatric client and providing a safe hospital environment. *Clinical Nurse Specialist*, **15 (5)**, 219-223. Erişim: 01.03.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11855615>.

Barth, M.M., ve Jenson, C.E. (2010). Postoperative nursing care of gastric bypass patients. *American Journal of Critical Care*, **15 (4)**, 377-388. Erişim: 24.04.2011, <http://ajcc.aacnjournals.org/content/15/4/378.abstract>.

Başkal, N. (2002). Obezitenin önemi ve tedavi ilkeleri. *ANKEM Dergisi*, **16** (3), 330-332. Erişim: 01.03.2011, http://www.ankemdernegi.org.tr/ANKEMJOURNALPDF/ANKEM_16_3_330_332.pdf

Baugh, N., Zuelzer, H., Meccor, J. ve Blankenship, J.(2007). Wounds in surgical patients who are obese. *American Journal of Nursing*, **107**(6), 40-50. Erişim:29.12.2011,http://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2007/06000/wounds_in_surgical_patients_who_are_obese.21.aspx

Bergström, A., Pisani, P., Tenet, V., Wolk, A. ve Adami, H.O. (2001). Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International Journal of Cancer*, **91** (3): 421-430. Erişim: 22.03.2011, [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0215\(200002\)9999:9999%3C::AID-IJC1053%3E3.0.CO;2-T/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0215(200002)9999:9999%3C::AID-IJC1053%3E3.0.CO;2-T/pdf).

Boynton-Jarrett, R., Thomas, T.N., Peterson, K.E., Wiecha, J., Sobol, A.M. ve Gortmaker, S.L. (2003). Impact of television viewing patterns on fruit and vegetable consumption among adolescents. *Pediatrics*, **112**, 1321-1326. Erişim: 19.03.2011, <http://pediatrics.aappublications.org/content/112/6/1321.long>.

Bozbora, A. (2002). Enerji metabolizması. İçinde A. Bozbora (Ed.), *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul: Nobel; 15-27.

Brown, D.X.(2003). Nurses and preventable back injuries. *American Journal of Critical Care*, **12**(5), 400-401. Erişim: 22.12.2011, <http://www.wingusa.org/brown.htm>.

Brown, J. (2006). Nurses's attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, **53** (2), 221-232. Erişim: 15.11.2011, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03718.x/abstract>

Brown, J., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L. ve Thompson, J.(2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, **59** (4), 329-341. Erişim:20.10.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17635298>.

Camden, S.G. (2006). Nursing care of the bariatric patient. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*, **1** (1), 21-30. Erişim: 01.04.2011, <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/bar.2006.1.21>.

Chan, J.M., Rimm, E.B., Colditz, G.A, Stampfer, M.J ve Willett, W.C. (1994). Obesity, fat distribution and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care*, **17** (9), 961-969. Erişim: 06.05.2011, <http://care.diabetesjournals.org/content/17/9/961>.

Charlebois, D.ve Wilmoth, D. (2004). Critical care of patients with obesity. *Critical Care Nurse*, **24** (4), 19-27. Erişim: 01.03.2011, <http://ccn.aacnjournals.org/content/24/4/19.full>.

Chikunguwo, S.M., Brethauer, S.A. ve Schauer, P.R. (2009). Bariatric surgery. İçinde K.I. Bland (Ed.), *General Surgery* (2nd ed.). London: Springer Verlag; 557-566.

Colditz, G.A., Willett, W.C., Rotnitzky, A. ve Manson, J.E. (1995). Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Annals of Internal Medicine*, **122** (7), 481-486. Erişim: 18.03.2011, <http://www.annals.org/content/122/7/481.full.pdf+html>.

Culbertson, M. J. ve Smolen, D. M. (1999). Attitudes of RN students toward obese adult patients. *Journal of Nursing Education*, **38** (2), 84-87. Erişim: 01. 02. 2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10698609>.

akır, B (2008). Obezite ve fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkisi. Erişim: 15.03.2010, <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/sunumlar/obezite/12.pdf>

izmecı, O. (2002). Obez hastalarda plastik girişimler, İçinde A. Bozbora (Ed.), *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul:Nobel; 313-343.

Çorakçı, A. (2002). Obezitenin etiyopatogenezi. İçinde A. Bozbora (Ed.), *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul:Nobel; 15-27.

Çöl, M. (1998). Halk sağlığı yönünden obezite. *Ankara Üniversitesi Tıp Faköltesi Mecmuası*, **51**(3), 173-176. Erişim:06.06.2011, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/898/11302.pdf>.

Davidson, J.E., Kruse, M.W., Cox, D.H. ve Duncan, R. (2003). Critical care of the morbidly obese. *Critical Care Nursing Quarterly*, **26** (2), 105-116. Erişim: 28.02.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12744591>.

Dolgun, E. ve Yavuz, M (2009). Aşırı şişmanlık cerrahisinde hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **3 (1)**, 85-92. Erişim: 24.07.2011, <http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt3sayi1/85-92.pdf>.

Drake, D.J., Baker, G., Engelke, M.K., McAuliffe, M., Pokorny, M., Swanson, M., Waters, W., Watkins, F.R. ve Rose, M.A (2008). Challenges in caring for the morbidly obese: differences by practice setting. *Southern Online Journal of Nursing Research*, **8(2)**. Erişim: 01.03.2011, http://snrs.org/publications/SOJNR_articles2/Vol08Num03Art08.html.

Dunn, D. (2005). Preventing perioperative complications in special populations. *Nursing*, **35(11)**, 36-45. Erişim: 08.03.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280921>.

Durak, M.S., Akbıyık, F. ve Demirpençe, E. (2007). Obezite patogenezi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **38 (4)**, 167-172. Erişim: 08.03.2011, http://www.hacettepetipdergisi.com/managete/fu_folder/2007-04/2007-38-04-167-172.pdf.

Durmaz, B. (1995). Obezite ve egzersiz, İçinde C. Yılmaz (Ed.), *Obezite*. İstanbul: Nobel; 161-168.

El-Solh, A., Sikka, P., Bozkanat, E., Jaafar, W. ve Davies, J. (2001). Morbid obesity in the medical ICU. *Chest*, **120 (6)**, 1989-1997. Erişim: 01.03.2011. <http://chestjournal.chestpubs.org/content/120/6/1989.long>.

Erel, C., Uğurlu, M., Aydın, F., Kesici, C., Çakır, B., Özoğlu, F. ve ark. (2004). 'Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım' Projesi Araştırma Raporu. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı. Erişim: 05.03.2011, http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/kalbimizi_koruyalım.pdf.

Ersoy, R. ve Çakır, B. (2007). Obezite. *Turkish Medical Journal*, **1**, 107-116. Erişim: 01.04.2011, <http://www.ataturkhastanesi.gov.tr/ttdergisi/turktip1-2/11reyhan.pdf>.

Fernandez, A.Z., Demaria, E.J., Tichansky, D.S., Kellum, J.M., Wolfe, L.G., Meador, J. ve ark. (2004). Multivariate analysis of risk factors for death following gastric bypass for treatment of morbid obesity. *Annals of surgery*, **239(5)**, 698-703. Erişim: 23.12.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1356278/>

Field, A.E., Coakley, E.H., Must, A., Spadano, J.L., Laird, N., Dietz, W.H., ve ark. (2001). Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Archives Internal Medicine*, **161 (13)**, 1581-1586. Erişim: 17.02.2011, <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/161/13/1581>.

Gallagher, S.M. (2002). Obesity and the skin in the critical care setting. *Critical Care Nursing Quarterly*, **25 (1)**, 69-75. Erişim: 12.06.2011, http://journals.lww.com/ccnq/Abstract/2002/05000/Obesity_and_the_Skin_in_the_Critical_Care_Setting.8.aspx

Garrett, K., Lauer, K.ve Christopher, B.(2004). The effects of obesity on the cardiopulmonary system: implications for critical care nursing. *Progress in Cardiovascular Nursing*, **Fall**, 155-161. Erişim: 02.05.2011. <http://www.medscape.com/viewarticle/495041>

Garza, S.F. (2004). Periop care for morbidly obese. *Acute Care Decisions*, **6(3)**, 26ac1-26ac6. Erişim: 26.04.2011, <http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/article/articleDetail.jsp?id=110006>.

Gianos, J. (2003). Special equipment for bariatric patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, **26 (2)**, 166. Erişim: 11.05.2011, http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=412576.

Green, S.M. ve Gillett, A. (1998). Caring for patients with morbid obesity in hospital. *British Journal Of Nursing*, **7 (13)**, 785-762. Erişim: 12.04.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9732571>.

Grindel, M.E. ve Grindel, C.G. (2006). Nursing care of the person having bariatric surgery, *Medsurgical Nursing*, **15 (3)**, 129-146. Erişim: 12.04.2011, http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_3_15/ai_n17213662/.

Grunstein, R., Wilcox, I., Yang, T.S., Gould, Y. ve Hedner, J.(1993). Snoring and sleep apnoea in men; association with central obesity and hypertension. *Int.J. Obes Metab. Disord.*, **17(9)**, 533-540. Erişim: 30.12.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8220656>

Güler, Y., Gönener, H.D.,Altay, B. ve Gönener, A. (2009).Adölesanlarda obezite ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **4(10)**, 165-181. Erişim: 13.04.2011, <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/cilttdortsayion/gulerveark10.pdf>.

Hahler, B. (2002). Morbid obesity: a nursing care challenge. *Medsurgical Nursing*, **11(2)**, 85-90. Erişim: 26.06.2011, http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_2_11/ai_n18613512/.

Harrington, L. (2006). Postoperative care of patients undergoing bariatric surgery. *Medsurg Nursing*, **15(6)**, 357-363. Erişim: 22.05.2011, http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_6_15/ai_n17215957/.

Harris, H. (2008). Nursing care of the morbidly obese patient. *Nursing Made Incredibly Easy!*, **6(3)**, 34-43. Erişim: 06.04.2011, http://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/Abstract/2008/05000/Nursing_care_of_the_morbidly_obese_patient.8.aspx

Harter, R.L., Kelly, W.B., Kramer, M.G., Perez, C.E. ve Dzwonczyk, R.R. (1998). A comparison of volume and pH of gastric contents of obese and lean surgical patients. *Anesthesia&Analgesia Journal*, **86**, 147-152. Erişim: 01.07.2011, <http://www.anesthesia-analgesia.org/content/86/1/147.full.pdf>.

Henry, L.L. (2005). Childhood obesity: what can be done to help today's youth?. *Pediatric Nursing*, **31 (1)**, 13-16. Erişim: 01.02.2011, <http://www.medscape.com/viewarticle/501526>,

Huang, Z., Willett, W.C., Manson, J.E., Rosner, B., Stampfer, M.J., Speizer, ve ark. (1998). F.E., Colditz, G.A. ve ark. (1998). Body weight, weight change and risk for hypertension in women. *Annals of Internal Medicine*, **128 (2)**, 81-88. Erişim: 01.03.2011, <http://www.annals.org/content/128/2/81.full.pdf+html>.

Hubert, H.B., Feinleib, M., Mcnamara, P.M ve Castelli, W.P. (1983). Obesity as an independt risk factor for cardiovascular disease: a 26 years follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*, **67 (5)**, 968-977. Erişim: 09.04.2011, <http://circ.ahajournals.org/content/67/5/968.long>.

Humphreys, S.L. (2007). Obesity in patients and nurses increases the nurse's risk of injury lifting patients. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*, **2 (1)**, 3-6. Erişim: 02.03.2011, <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bar.2006.9998>

Hurst, S., Balnco, K., Boyle, D., Douglass, L. ve Wikas, A. (2004). Bariatric implications of critical care nursing. *Dimensions of Critical Care Nursing*, **23 (2)**, 76-83. Erişim: 26.03.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15192368>

Kabalak, T. (1995). Obezitenin etiyopatogenezi. İçinde C. Yılmaz (Ed.), *Obezite*. İstanbul: Nobel;21-38.

Kısaoglu, S., Gökçay, Y. ve Yorgancıoglu, Z.R. (2000). Obezitenin pulmoner fonksiyonlar ve solunum mekanikleri üzerine etkisi. *Fiziksel tıp dergisi*, **3 (2-3)**, 157-161. Erişim: 01.03.2011, http://www.jpms.org/pdf/pdf_PMJ_216.pdf.

Krassas, G.E., Tsametis, C., Baleki, V., Constantinidis, T., Unluhizarcı, K., Kurtoğlu,S. ve ark. (2004). Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki-Greece and Kayseri-Turkey. *Pediatric Endocrinology Reviews*, **1suppl**, 460-464. Erişim: 18.06.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16444175>.

Marchand, L., Wilkens, L.R. ve Mi, P.M.(1992). Obesity in youth and middle age and risk of colorectal cancer in men. *Cancer Causes And Control*, **3 (4)**, 349-354. Erişim: 23.03.2012, <http://www.springerlink.com/content/j65g544752604481/>

McWhorter, J.W., Wallmann, H.W. ve Alpert, P.T. (2003). The obese child motivation as a toll for exercise. *Journal of Pediatric Health Care*, **17 (1)**, 11-17. Erişim: 02.03.2011, [http://www.jpmedhc.org/article/S0891-5245\(02\)88325-0/fulltext](http://www.jpmedhc.org/article/S0891-5245(02)88325-0/fulltext).

Livingston, E.H., Huerta, A., Arthur, D., Lee, S., Shields, S.D. ve Heber, D.(2002). Male gender is a predictor of morbidity and age a pridictor of mortality for patients undergoing gastric bypass surgery. *Annals of surgery*, **236(5)**, 576-582. Erişim: 28.12.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1422615/?tool=pubmed>

Ogden, C.L. ve Carroll, M.D. (2010,Haziran). *Prevalence of overweight, obesity and extreme obesity among adults: United States, trends 1976-1980 through 2007-2008*. Centers For Disease Control And Prevention, 1-6. Erişim: 28.04.2011, http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_adult_07_08/obesity_adult_07_08.pdf.

Ogden, C. ve Carroll, M. (2010, Haziran). *Prevalence of obesity among children and adolescents: United States, trends 1963-1965 through 2007-2008*. Centers For Disease Control And Prevention, 1-5. Erişim: 28.04.2011, http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_child_07_08/obesity_child_07_08.htm.

Onat, A. ve Sansoy, V. (2009).*Türk Erişkinlerde Obezite, Abdominal Obezite, Belirleyici Ve Sonuçları*. Erişim: 01.02.2011, <http://tekharf.org/images/2009/bolum9.pdf>.

Orhan, Y. ve Özbey, N. (2002). *Şişmanlık Bilimi Açıklamalı Terimler Sözlüğü*. İstanbul: Nobel.

Orhan,Y. ve Özbey, N. (2002). Obezite ve diabet. İçinde A. Bozbora (Ed.), *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul:Nobel; 117-141.

Orhan,Y. ve Özbey, N. (2002). Obezite ve diyet tedavileri. İçinde A. Bozbora (Ed.), *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul:Nobel; 141-177.

Owens, T.M. (2003). Morbid obesity: the disease and comorbidities. *Critical Care Nursing*, **26** (2), 162-165. Erişim: 01.02.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12744597>.

Özarmağan, S. ve Bozbora, A. (2002). Obezitenin Tanımı ve Temel Bilgiler. İçinde A. Bozbora (Ed.), *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul:Nobel; 1-15.

Özata, M. (2002). Obezite tanı ve tedavisi. İçinde Koçer, İ.H, Erikçi, S. ve Baykal, Y. (Ed). *İç Hastalıklarında Karar Verme*; 378-388. Erişim: 16.02.2011, <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/egitim/default.asp?sayfa=kicerik&kid=14>.

Özbey, N. (2002). Obezite ve egzersiz, İçinde A. Bozbora (Ed.), *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul:Nobel; 177-185.

Özbey, N. ve Orhan, Y. (2002). Vücut Yağ Miktarı ve Dağılımının Belirlenmesi. İçinde A. Bozbora (Ed.), *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul:Nobel; 27-61.

Özbey, N. ve Orhan, Y. (2002). Obezitenin ilaç tedavisi, İçinde A. Bozboru (Ed.), *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul:Nobel; 185-207.

Pieracci, F.M., Barie, P.S. ve Pomp, A. (2006). Critical care of the bariatric patient. *Critical Care Medicine*, **34** (6), 1796-1804. Erişim: 21.02.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16607234>.

Pi-Sunyer, F.X. (1993). Medical hazards of obesity. *Annals of Internal Medicine*, **119** (7), 655-660. Erişim: 01.03.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8363192>.

Peker, İ., Çiloğlu, F., Buruk, Ş. ve Bulca, Z. (2000). *Egzersiz Biyokimyası ve Obesite*. İstanbul: Nobel.

Poon, M. ve Tarrant, M. (2009). Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of clinical nursing*, **18**(16), 2355-2365. Erişim: 16.04.2011, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02709.x/pdf>

Racette, S.B., Deusinger, S.S. ve Deusinger, R.H. (2003). Obesity: overview of prevalence, etiology and treatment. *Physical Therapy*, **83**(3), 276-288. Erişim: 25.02.2011, <http://ptjournal.apta.org/content/83/3/276.long>.

Rexrode, K.M., Hennekens, C.H., Willet, W.C., Colditz, G.A., Stampfer, M.J., Rich-Edwards, J.W. ve ark. (1997). A prospective study of body mass index, weight change and risk of stroke in women. *JAMA*, **277** (19), 1539-1545. Erişim: 14.04.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9153368>.

Roberts, J.V. ve Bates, T. (1992). The use of body mass index in studies of abdominal wound infection. *Journal of Hospital Infection*, **20** (3), 217-220. Erişim: 16.10.2011, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0195670192900909>

Rose, M.A., Baker, G., Drake, D.J., Engelke, M., Mcauliffe, M., Pokorny, M. Ve ark. (2007). A comparison of nurses staffing requirements for the care of morbidly obese and non-obese patients in acute care setting. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*, **2**(1), 53-56. Erişim: 02.01.2012, <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bar.2006.9994>

Satman, İ. (Ed.). (1998). *Endokrinoloji ve Metabolizmada Tedavi*. İstanbul: Bilimsel Ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı.

Schapira, D.V., Clark, R.A., Wolff, P.A., Jarrett, A.R., Kumar, N.B. ve Aziz, N.M. (1994). Visceral obesity and breast cancer risk. *Cancer*, **74(2)**, 632-639. Erişim: 23.03.2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8033042>

Smedley, J., Egger, P., Cooper, C. ve Coggon, D. (1995). Manual handling activities and risk of low back pain nurses. *Occupational And Environmental Medicine*, **52 (3)**, 160-163. Erişim: 18.05. 2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7735387>.

Singh, N., Arthur, H. M., Worster A., Iacobellis, G. ve Sharma A. M. (2007). Emergency department equipment for obese patients: perceptions of adequacy. *JAN Original Research*, **59(2)**, 140-145. Erişim: 01.03.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17543014>.

Swinburn, B.A., Caterson, I., Seiden, J.C. ve James, W.P.T. (2004). Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutrition*, **7(1A)**, 123-146. Erişim: 01.03.2011, http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN7_1a%2FS1368980004000175a.pdf&code=6c9a2a55afec91eed298f403f4d38dc7.

Tabak, L. ve Çuhadaroglu, Ç. (2002). Obezite ve akciğer, İçinde A. Bozbora (Ed.), *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul:Nobel; 87-101.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2009). *Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2009-2013*. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim 15.03.2010, <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/home/TurkiyeObeziteileMucadeleveKontrolProg2009.pdf>.

Törüner, E.K. (2009). *Şişman Okul Çağı Çocuklarında Kilo Yönetim Programının Uygulanması*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

Tüzün, M. (1995). Obezite Tanım, Sıklık; Tanı, Sınıflandırma, Tipleri; Dereceleri ve Komplikasyonları. İçinde C. Yılmaz (Ed.), *Obezite*. İstanbul: Nobel;1-20.

Twedell, D. (2003). Physical assessment of the bariatric person. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, **34 (4)**, 147-148. Erişim: 17.03.2011, <http://www.slackjournals.com/article.aspx?rid=4511>.

Vacek, L. (2007). Sensitivity training for nurses caring for morbidly obese patients. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*, **2(4)**, 251-253. Erişim: 01.03.2011, <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/bar.2007.9953>.

Vandewater,E.A., Shim, M. ve Caplovitz, A.G. (2004). Linking obesity and activity level with children's television and video games usage. *Journal Of Adolescence*, **27(1)**, 71-85. Erişim: 01.03.2011, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197103000903>.

WHO (2000).*Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic*. WHO Technical Report Series 894. Erişim: 01.03.2011, http://books.google.com.tr/books?id=AvnqOsqv9doC&pg=PA173&dq=who+obesity+geneva+2000&hl=tr&ei=i_YhTqmTI4a0-Qbp8sGcAw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDsQ6AEwAg#v=onepage&q=who%20obesity%20geneva%202000&f=false.

WHO (2011, Mart). *Obesity and Overweight*. Erişim: 01.03.20011, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

WHO (2011). *Controlling The Global Obesity Epidemic*. Erişim: 01.03.2011, <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>.

WHO (2003). *Diet, nutrition and prevention of chronic diseases*. WHO Technical Report Series 916. Erişim: 01.03.2011, http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf.

Wilson, J.A. ve Clark, J.J.(2003). Obesity impediment to wound healing. *Critical Care Nursing Quarterly*. **26 (2)**, 119-132. Erişim: 10.07.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12744592>

Wolk, A., Lindblad, P. ve Adami, H. (1996). Nutrition and renal cell cancer. *Cancer Causes And Control*, **7(1)**, 5-18. Erişim: 23.03.2012, <http://www.springerlink.com/content/v87jw0423q7074w6/>

Wurtz, R., Itokazu, G. ve Rodvold, K. (1997). Antimicrobial dosing in obese patients. *Clinical Infectious Diseases*, **25**, 112-118. Erişim: 28.05.2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9243045>.

Yılmaz, C. (1995). Obezitede tedavi yaklaşımları, İçinde C. Yılmaz (Ed.), *Obezite*. İstanbul: Nobel; 95-105.

Yorgancı, K.ve Tırnaksız, M.B. (2007). Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **38**, 218-222. Erişim: 01.03.2011, http://www.hacettepetipdergisi.com/managete/fu_folder/2007-04/2007-38-04-218-222.pdf.

Yücecan, S. (2008). Optimal beslenme. İçinde T. Besler (Ed), *Beslenme Bilgi Serisi-1*. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 17.05.2011, http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme_bilgi_serisi_1/a6.pdf.

FORMLAR

ANKET FORMU (EK-1)

Değerli meslektaşım;

Bu araştırma, cerrahi hemşirelerinin **fazla kilolu/obez hasta** bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için anket sorularını **eksiksiz ve doğru** bir şekilde yanıtlamanızı rica eder, bilimin gelişmesine katkıda bulunmak için zaman ayırdığınız için çok teşekkür ederim. Elde edilen veriler yüksek lisans tezimde ve yapacağım diğer bilimsel yayınlarda kullanılacaktır. Verdiğiniz yanıtların gizliliğinin korunmasına özen gösterilecektir. Saygılarımla.

Hemşire Esra USTA

Düzce Üniversitesi

Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

I. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

1. Cinsiyetiniz?
a) Kadın b) Erkek
2. Yaşınız?
.....
3. Medenî durumunuz?
a) Bekâr b) Evli c) Dul d) Boşanmış
4. Boyunuz?
.....cm
5. Kilonuz?
.....kg
6. Beden kitle indeksi(BKI)?
.....
7. Eğitim durumunuz?
a) Sağlık Meslek Lisesi b) Ön Lisans c) Lisans d) Yüksek Lisans e) Doktora
8. Mezun olduğunuz bölüm?
a) Hemşirelik b) Ebelik c) Acil tıp teknisyenliği d) Diğer.....
9. Mezuniyet yılınız?
.....

10. Çalıştığınız servis?

- a) Genel cerrahi
- b) Çocuk cerrahi
- c) Göğüs cerrahi
- d) Nöroşirürji - Plastik cerrahi
- e) Üroloji – Ortopedi
- f) Kardiyovasküler cerrahi
- g) Göz- KBB
- h) Jinekoloji ve obstetri
- h) Cerrahi yoğun bakım ünitesi
- ı) Nöroşirürji yoğun bakım ünitesi

11. Çalışmakta olduğunuz serviste kaç yıldır görev yapmaktasınız?

.....

12. Çalışmakta olduğunuz serviste ayda ortalama kaç **fazla kilolu/obez** hastaya bakım veriyorsunuz?

- a) adet
- b) Diğer(açıklayınız).....

II. Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımında Gerekli Araç-Gerecin Bulunma Durumu

13. Çalıştığınız serviste fazla kilolu/obez hasta bakımında gerekli aşağıda sıralanan araç-gerecin bulunma durumunu belirtiniz?

	<u>VAR</u>	<u>YOK</u>
a) Büyük boy tansiyon aleti manşeti		
b) Büyük beden ameliyat önlüğü		
c) Büyük tekerlekli sandalye		
d) Büyük sedye		
e) Büyük karyola		
f) Tartı		
g) Ofis tipi sandalye/koltuk		

13.soruya cevabınız "var" ise 14. soruya geçiniz. Cevabınız "yok" ise 16. soruya geçiniz.

14. " Var " olarak belirttiğiniz seçeneklerdeki araç-gereçler fazla kilolu/obez hastada uygulanabilecek boyut, kapsam ve yeterlilikte mi?

- a)Evet
- b)Hayır

15. Yanıtınız " hayır " ise nedenlerini açıklayınız?

.....

.....

III. Cerrahi Hemşirelerinin Fazla Kilolu/ Obez Hastalara Özel Bakım Girişimlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları

Lütfen cerrahi girişim deneyimleyen fazla kilolu/obez hastalara özel bakım girişimlerine ilişkin aşağıdaki soruları "katılıyorum", "katılmıyorum", ya da "fikrim yok" seçeneklerinden size uygun olan birini işaretleyiniz.

	KATILIYORUM	KATILMIYORUM	FİKRİM YOK
16. Ameliyat sonrası dönemde hastanın solunumunu rahatlatmak için baş 30°- 45° yükseltilmelidir.			
17. Fazla kilolu/obez hastalarda solunum kapasitesinde azalma, uyku apnesi görülme riski yoktur.			
18. Fazla kilolu/obez hastalarda gastrik içeriğin aspirasyon riski normal kilolulara göre daha yüksektir.			
19. Trakeostomosi olan fazla kilolu/ obez hastalarda trakeostomi kanülünün sabitlenmesi kolay, çıkma riski daha azdır.			
20. Ameliyat sonrası dönemde hastanın BİPAP(iki seviyeli pozitif havayolu basıncı),CPAP(sürekli pozitif havayolu basıncı) cihazına ihtiyacı olabilir.			
21. Ameliyat öncesi dönemde hastanın derin solunum, öksürük egzersizleri ve yatak içi dönme egzersizleri, ekstremit e egzersizlerini öğrenmesi sağlanmalıdır.			
22. Derin ven trombozu ve pulmoner emboli görülme riski fazla kilolu/obez ve normal kilolu hastalarda aynı orandadır.			
23. Antikuagulan profilaksisi, ameliyat öncesinde fazla kilolu/ obez hastalarda derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskine karşı uygulanmalıdır.			
24. Derin ven trombozunu önlemek için alt ekstremitelere venöz kompresyon uygulanmalıdır.			
25. Fazla kilolu/obez hastalarda ameliyat için gerekli olan; IV katater, NG, idrar katateri vb. takılması daha zor olduğu için hasta sedasyon altındayken uygulanması konforu sağlar.			
26. Ağrı kontrolünü sağlamada IM yol daha uygun ve güvenlidir.			

27. IM ilaç uygulamasında uzun enjektör iğnesi kullanılmalıdır.			
28. Ağrı kontrolünü sağlamada IV yol daha uygun ve güvenlidir.			
29. Fazla kilolu/ obez hastalarda basınç ülseri görülme riski normal kilolulara göre daha yüksektir.			
30. Basınç ülserleri açısından 24 saatte bir hastanın cilt ve cilt katlantı yerleri gözlenmelidir.			
31. Bilinci kapalı fazla kilolu/obez hastalara 2 saatte bir pozisyon verilmelidir.			
32. Yara yerindeki drenlerin sabitlenmesi fazla yağ dokusu nedeniyle zordur ve özen gerektirir.			
33. Yara yeri pansumanını sabitlemek için hastaya elastik kıyafetler giydirilebilir.			
34. Fazla kilolu/ obez hastalarda idrar ve dışkı inkontinansı görülme oranı normal kilolulara göre daha yüksektir.			
35. Ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyon hastanın iyileşme sürecini hızlandırır.			
36. Fazla kilolu/obez hastanın, mobilizasyonu ve transportunda normal kilolu hastaya göre daha fazla sağlık çalışanına ihtiyaç vardır.			

37. Fazla kilolu/ obez hasta bakımına engel olabilecek etmenleri önem sırasına göre numaralandırınız?

() Hastanın kişilik yapısı

() Hemşirenin deneyim eksikliği

() Sağlık çalışanı sayısında yetersizlik

() Özel araç-gereç eksikliği

() Hemşirenin tutumu

() Hemşirenin konuya ilişkin özel bilgi yetersizliği

() Bakım verenlerin güvenliğine yönelik sorunlar(yaralanma riski, kas- iskelet sistemi yaralanmaları, ezilme, sırt yaralanmaları vb.)

() Diğer.....

38. Fazla kilolu/obez hastaya bakım vermekten memnun musunuz?

a)Evet b)Hayır

39. 38. soruya cevabınız "hayır" ise nedenlerini açıklayınız?

.....

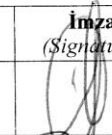
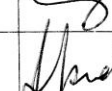
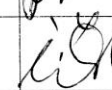
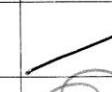
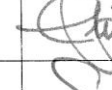
.....

.....

ETİK KURUL KARARI

(EK-2)

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KOMİTESİ, ARAŞTIRMA BAŞVURU ONAYI**
DÜZCE UNIVERSITY, SCHOOL OF MEDICINE, ETHICS COMMITTEE OF NONINVASIVE CLINICAL RESEARCHES
APPROVAL FOR APPLICATION

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI	“Cerrahi Hemşirelerinin Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi”		
	TITLE OF THE PROJECT	“Evaluation of Surgical Nurses's Knowledge and Practices Which Related to the Care of Overweigh/Obese Patient”		
	SORUMLU ARAŞTIRICI (AUTHORIZED RESEARCHER)	Prof. Dr. Neriman AKYOLCU		
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER RESEARCHERS)	Esra USTA		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi		
ÇALIŞMA ESASI İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU (Good Clinical Practice)				
KARAR BİLGİLERİ (INFORMATION OF DECISION)	Karar No (Decision Nr) : 2011/119		Tarih (Date:dd.mm.yyyy) : 03/03/2011	
	Prof. Dr. Neriman AKYOLCU sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda, adı geçen araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir. (This project was decided to be approved for clinical ethics.)			
Ünvanı/Adı/Soyadı (Members)	Uzmanlık Alanı (Profession)	Kurumu (Institution)	Şerh Açıklaması (Varsa) (Declaratory Clause [if any])	İmza (Signature)
Doç. Dr. Hakan ÖZHAN (Başkan)	Kardiyoloji (Cardiology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul KAYA (Bşk. Yard.)	Tıbbi Farmakoloji (Pharmacology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi DEMİRİN (Raportör)	Tıbbi Biyokimya (Medical Biochemistry)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Prof. Dr. Ali TEKİN (Üye)	Üroloji (Urology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Doç. Dr. Yavuz DEMİRARAN (Üye)	Anestezi (Anesthesia)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Doç. Dr. Handan ANKARALI (Üye)	Biyoistatistik (Biostatistics)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN (Üye)	Genel Cerrahi (General Surgery)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. Seyit ANKARALI (Üye)	Fizyoloji (Physiology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Eczacı Elif EFE (Üye)	Eczacı (Pharmacist)	Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	—	
Avukat Suat UYAR (Üye)	Hukuk (Attorney)	Düzce Üniversitesi	—	
Metin TOZ (Üye)	Sivil Üye (Civil member)	---	—	

KURUM İZNİ**(EK-3)**

**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ**

Sayı: B.30.2.DZC.0.H1.00.00-1 903 44 / 305
Konu: Esra USTA

Düzce, 18.01.2011

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'ne
İSTANBUL**

İlgi: 12.01.2011 tarih ve 02 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Yüksekokulunuz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'nun danışmanlığında Yüksek Lisans eğitime devam eden Esra USTA'nın "Cerrahi Hemşirelerinin Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Üniversite Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Bünyamin DİKİCİ
Başhekim

18.01.2011 K.Ş
18.01.2011 Hast.Md.Y.Z.M
18.01.2011 Hast.Bş.Md.D.H.G



**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
KONURALP YERLEŞKESİ**

Tel: 0(380) 542 13 90 – Faks: 0 (380) 542 13 87

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esra	Soyadı	USTA
Doğ.Yeri	Manyas/BALIKESİR	Doğ.Tar.	15.08.1981
Uyruğu	T.C	TC Kim No	19657495152
Email	esrakilliklioglu@hotmail.com	Tel	05552801691

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2009-
Lisans	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Y.O	2004
Lise	Atatürk Sağlık Meslek Lisesi	1999

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Eğitim Hemşiresi	Düzce Üniversitesi	2011-
2.	Servis Hemşiresi	Düzce Üniversitesi	2004-2011
3.	Servis Hemşiresi	Alman Hastanesi	2003-2004
4.	Öğrenci Hemşire	İstanbul Üniversitesi	2002-2003

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	60	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	78,952	78,237	76,344

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
-Microsoft Office Programları (word, excel, powerpoint) -SPSS(Statistical package of social science)	İyi Orta

Yayınları:

Kaya, H., Çoban, B., **Killiklioğlu, E.**, Özden, N. ve Özgen, G (2005). Çocukta cinsel istismar ve hemşirenin rolü. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi XIII (55):57-63.

Sertifikaları:

TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Şartlar Temel Eğitimi

TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Şartlar Dokümantasyon Eğitimi

TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Şartlar İç Tetkik Eğitimi

Süreç Yönetimi Eğitimi

Risk Yönetim Eğitimi

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Sinema, Müzik, Kitap, Seyahat, Fotoğraf

